

ANNÉE 1931

THÈSE

No

223

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ANDRÉ MOUTARD

Ancien Interne de l'Hôpital de Brévanne

Né le 5 Novembre 1900, à Paris

La Maladie Polykystique du Foie

Président de Thèse : M. le Professeur ROUSSY.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

—
1931

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ANDRÉ MOUTARD

Ancien Interne de l'Hôpital de Brévanne

Né le 5 Novembre 1900, à Paris

La Maladie Polykystique du Foie

Président de Thèse : M. le Professeur ROUSSY.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1931

1. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	ANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN,
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.....	Clinique
CHIRAY.....	
DEBRE.....	
DUVOIR.....	
FIESSINGER..	
LAIGNEL- LAVASTINE	médicale

MM.

BASSET.....	Clinique
CHEVASSU...	
HEITZ-BOYER	
MATHIEU....	
MOCQUOT....	
PROUST.....	chirurgicale
SCHWARTZ...	
LE LORIER...	

MM.

LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUSSY

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

A, MON MAITRE

AU PROFESSEUR AGRÉGÉ, NOEL FIESSINGER

Médecin de l'Hôpital de la Charité

Qui nous a donné ce sujet de thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

LE PROFESSEUR CHAUFFARD

LE PROFESSEUR LEJARS

LE PROFESSEUR RATHERY

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOEL FIESSINGER

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL MATHIEU

DOCTEUR BABONNEIX

DOCTEUR LOUSTE

DOCTEUR LEVANT

DOCTEUR BAUDOUIN

DOCTEUR MORANCÉ

Docteurs Girode, Scheffer, Brodin, Huber, Clément,
Marquezy, Levy, Frenkel, Denoyelle, Guelette, L. Michaud

Historique

La maladie polykystique du foie est une affection assez rare.

Les premiers travaux sur la dégénérescence kystique du foie furent ceux de Wilks, qui rappela une collection de préparations de kystes du foie et du rein du Guy's Hospital.

Puis Portal, dans son « Traité des maladies du foie », cite un cas de dégénérescence gélatineuse.

Tavignat, en 1840, en publie une observation. Bristowe, en 1856, un cas.

En 1864, plusieurs publications sur la question sont faites par Frerichs et Lancereaux.

Chantreuil, en 1867 ; Jeoffroy, en 1868 ; Leboucher, en 1869, présentent chacun un cas de dégénérescence kystique du foie et des reins à la Société Anatomique.

Mais ce n'est réellement qu'en 1876, dans sa Thèse de Paris sérieusement documentée, que Michalowitz étudie complètement et pour la première fois la dégénérescence kystique simultanée de ces organes. Il y ajoute un rapport histologique complet de Malassez et arrive à con-

clure que, non seulement le foie et le rein sont atteints, mais encore d'autres organes glandulaires. Corps thyroïde-Pancréas et compare leurs lésions à la maladie kystique du testicule, de la mamelle, de l'ovaire.

En 1878, Murchison en note quelques cas dans ses leçons cliniques des maladies du foie.

En 1891, la question est reprise par Therburg dans sa Thèse de Fribourg.

En 1897, dans le « Deutsche Chirurgie », Langenbach développe la question.

Et à Paris, dans son traité de « Chirurgie du foie », Schwartz, en 1901, en réunit quelques observations.

Hoberer (1909), Plenk (1910), Norris, en 1913, Sanntag (1913), Gregorieff (1913), en citèrent d'autres.

Paris, en 1913, en réunit 37 cas.

Enfin en 1913, dans une thèse remarquable, Paul Garsaux exposa la question et en mentionna environ 25 cas.

Moskovitz, en 1916, en réunissait 83.

Depuis cette époque, tous les ans, deux ou trois observations sont publiées.

Costantini et Dubouchet, dans leur mémoire de 1923, en rapportaient 47 cas où une intervention chirurgicale avait été tentée.

A partir de 1923, commence réellement la phase thérapeutique de l'affection — surtout dans ses applications

chirurgicales souvent tentées avec succès dans certaines formes — cliniques tout au moins.

Schaak et Allmann en rapportent deux cas, Lombret et Delannay du Nord, deux également, et Margarucci publie dans « Il Policlinico », une étude de la question.

Plusieurs observations sont publiées en 1924, entre autres celles de Maës (Nouvelle-Orléans) et d'Aumont (Versailles).

En 1926, trois cas de Woekerlé (Innsbruck).

Les Lyonnais, avec Favre, Paviot, Delore et Bonamour, publiaient depuis 1923 plusieurs articles sur le foie polykystique, s'intéressant surtout à la question pathogénique.

Plus récemment, Grenet et Mathieu publiaient (décembre 1927) une intervention couronnée de succès.

En 1928, parut une observation complète de MM. Noël Fiessinger et Catton, tant au point de vue clinique qu'anatomopathologique, avec tous les examens de laboratoire.

Et en 1930 vint s'y ajouter une nouvelle publication de Costantini et Benhamou sur un très beau cas de foie polykystique. Et trois observations de Zéno, J. M. Cano et O. Cosnès, de Rosario de Santa Fé.

Etiologie

Cette affection, assez fréquente chez certains animaux, est relativement rare chez l'être humain.

La maladie polykystique se rencontre surtout chez la femme (6 femmes pour un homme), à l'âge moyen de la vie.

Cependant on a pu la rencontrer dans des âges extrêmes, 2 ans (Chow et Elting) et 75 ans (Bloud Sutton).

La question géographique ne sembla pas jouer un grand rôle, quoique le plus grand nombre de cas aient été publiés en Allemagne, en Russie, aux Etats-Unis, en Angleterre.

En Angleterre, une cinquantaine d'observations. Alexander, de Dundee, en a réuni 34 cas.

Les Américains (nord et sud) une quarantaine.

Les Allemands, depuis Therburg jusqu'à Wackerlé, en groupent environ 100, y compris les 80 de la liste de Moschowitz et les 11 de Paris.

Les Français, de Tavignat à Costantini et Fiessinger, à peu près 35 cas.

Bastianelli, Baldori et Margarucci en notent une trentaine à peu près pour l'Italie.

C'est donc chez la femme et vers 40 à 50 ans que l'affection se manifeste ; mais si la manifestation clinique est tardive, le début en est très ancien vu les lésions profondes des organes que démontrent les examens histologiques et les cas demeurés latents et qui ne furent que des trouvailles d'autopsie.

Si l'on rencontre l'affection chez des sujets qui n'ont aucune tare pathologique, on la rencontre aussi chez des polyscléreux, chez des tuberculeux, chez des syphilitiques, chez des alcooliques, etc...

Michalowitz a incriminé le paludisme.

Favre, de Lyon, a fait remarquer la fréquence relative de lésions syphilitiques chez des porteurs de foie sclérosés et polykystiques. Epaississement et plaques d'athérome de l'aorte, troubles des réflexes, dilatation des bronches (nous y reviendront à la pathogénie).

D'autres auteurs, Virchow, Buchner, Schupmann, ont accusé l'hérédité, le fait semble vrai dans le cas d'enfants nouveau-nés, mais alors là l'affection coexiste, comme l'a signalé Couvelaire, avec de nombreuses malformations, fait jamais rencontré chez l'adulte.

D'autre part, les observations de foie polykystique des nouveau-nés sont extrêmement rares.

Anatomie Pathologique

I. — Le Foie

Entre la dégénérescence polykystique du foie et le grand kyste solitaire, on observe tous les intermédiaires et souvent dans la paroi d'un grand kyste solitaire ou dans son voisinage, on aperçoit la coexistence de deux ou trois kystes.

Macroscopiquement, l'aspect est variable d'après le nombre et le volume des kystes, d'après leur localisation, l'ancienneté des lésions de sclérose et d'autres qui pourraient exister.

Localisation. — Plus fréquemment, semble-t-il, à la face supérieure du lobe droit, au voisinage du ligament suspenseur, puis au lobe gauche, plus rarement au lobe carré. Cependant, dans les kystes multiples, ils sont répartis d'une façon irrégulière.

Parfois localisés à un seul lobe et formant une masse unique, ils peuvent s'extérioriser et même se pédiculiser.

Nombre. — Leur volume varie depuis le gros kyste solitaire unique, à l'aspect du foie parsemé de petits

ballons de baudruche. On a pu, dans certains cas, en compter plus de 500.

Volume. — Le volume est très variable suivant l'âge de l'affection, il va de la dimension d'un grain de mil à une orange et à une tête d'enfant et même plus. On en trouve à tous les stades intermédiaires.

Contenu. — Le contenu est variable en liquide suivant la dimension, on a retiré de certains 500 cm³, 1.500 cm³ et dans un cas de W. Cousins, 11 litres de liquide, où le diagnostic posé était celui de kyste ovarien.

La densité moyenne est de 1.010.

La couleur est excessivement variable d'un malade à un autre et chez le même sujet suivant les kystes.

Le plus souvent, il s'agit d'un liquide transparent limpide, légèrement coloré en jaune ou en vert et ne contenant pas de corps solides en suspension.

Parfois liquide coloré en rouge, avec globules sanguins, ou encore en jeune verdâtre, avec cholestérine et blocs réfringents jaunes et verdâtres.

On a pu également observer des liquides louches, purée de pois ayant tous les caractères du pus, chocolat, de coloration noirâtre, de teinte rappelant le méconium, sans qu'à l'examen on retrouve trace de septicité.

Centrifugé, le liquide laisse un léger culot formé par

des débris d'épithélium cubique ou pavimenteux, détaché de la paroi même du kyste.

Chimiquement. — Le liquide est constitué par de l'eau contenant de l'albumine en quantité appréciable, variable d'un kyste à un autre, de l'urée, du chlorure de sodium, quelques traces d'urobiline ; rarement on a pu constater la présence de pigments biliaires.

Liquide non toxique, ne déterminant aucun accident au cobaye.

A l'ouverture de l'abdomen. — Cas de maladie polykystique du foie type. Le foie a, en quelque sorte, changé de forme. C'est une masse rougeâtre dure comme semée de ballons de baudruche saillants de la capsule hépatique de coloration variée, parfois très lisses et brillants, ou jaunâtres, grisâtres ou bleutés, en forme de calotte sphérique à paroi mince, parfois très tendue, parfois plissée à transparence tremblottante, causée sans doute par une insuffisante repletion liquide du kyste. Certains apparaissent comme pédiculisés et les plus petits kystes apparaissent par transparence sous la capsule du foie.

A la coupe. — Entre les kystes, minces bandes de tissu hépatique, de coloration rouge, parcourues de traînées de sclérose et parsemé parfois par de petites taches

jaunes foncées lenticulaires que nous décrirons tout à l'heure.

Les kystes, ouverts et vidés de liquide, apparaissent blancs, lisses, soulevés par endroit.

La paroi est mince et l'épithélium qui la tapisse se laisse facilement lacérer, elle est d'aspect fibreux et son épaisseur peut varier entre demi et un millimètre.

Les voies biliaires principales, accessoire et vésicule, sont en général intactes.

Dans le cas de kyste solitaire, on a une grosse masse kystique arrondie ou ovalaire en surface ou intra-hépatique. Sa constitution est la même que celle décrite pour les kystes multiples.

Parfois, dans un gros kyste, il existe une ébauche de cloisonnement, ou encore aspect en nid d'abeille par ouverture de kystes les uns dans les autres.

Historique

Parenchyme hépatique. — Par endroits, hypertrophie et hyperplasie des cellules, en d'autres dégénérescence graisseuse.

Il y a des îlots hépatiques indemnes où le parenchyme est absolument normal : intégrité des cellules, intégrité des noyaux, sauf à la périphérie de ces îlots où il existe une congestion diffuse.

L'espace porte est agrandi, il est entouré de larges

bandes de sclérose, d'îlots lympho-conjonctifs et de tissu conjonctif en voie d'évolution fibreuse. Ce tissu intéresse d'une façon variable, suivant l'ancienneté des lésions, la veine sus-hépatique. L'intégrité de la disposition lobulaire s'observe et dans d'autres cas il existe un commencement de bouleversement comme un stade de pré-cirrhose.

Les éléments de l'espace porte sont dilatés, leur paroi est épaissie et fibreuse, la veine est atteinte de péri et d'endophlébite, les artères sont épaissies et peuvent même être oblitérées par la sclérose.

Le conduit biliaire se présente de façon variable, tantôt normal avec un épithélium cylindrique, tantôt accompagné de néo-canalicules biliaire et les kystes.

Les kystes semblent dus à une prolifération de l'épithélium biliaire, développé à l'intérieur des espaces portes, ainsi que nous allons le voir dans le chapitre suivant.

Dans cette charpente on voit, en quelques régions, une infiltration ferrugineuse de quelques cellules conjonctives et de nombreuses infiltrations d'hématies.

Entre les kystes, dans les traînées de sclérose, Paul Garsaux a signalé et étudié de petites taches jaunâtres situées aux confins de l'espace porte. Ce sont de petites cavités tapissées d'un épithélium cubique ou prismati-

que aplati. Vu la même structure que celles des conduits biliaires, il semble, s'agit-il, d'angiome biliaire.

En certains de ces points jaunes, les travées fibreuses élastiques, délimitant ces cavités, paraissent disparaître, ne laissant plus çà et là qu'un peu d'épithélium, de sorte que ces cavités semblent se fusionner en une seule pour donner l'ébauche d'un nouveau kyste.

D'ailleurs, ces angiomes contiennent un liquide analogue à celui des kystes, parfois une véritable boue biliaire de coloration brune.

Dans les gros kystes constitués d'un tissu fibreux plus ou moins épais, les grandes cavités sont tapissées par un épithélium cubique ou plat qui tombe dans la cavité kystique fréquemment.

Dans la partie externe de l'enveloppe, on trouve de nombreuses cellules rondes, des néo-canalicules biliaires et de petits capillaires.

De plus, le foie peut ne pas être le seul organe atteint, d'autres localisations peuvent exister : rein, pancréas, ovaire, mamelle, corps thyroïde.

Certains auteurs ont signalé des localisations plus rares : plexus choroïde (Finger, Haare), cervelet (Pye Smith), poumons (Mollière et Paviot), ligaments larges (Bouchacourt), rate (Klippel et Lefas).

Chauffard signale dans son Traité de Médecine la possibilité de la dégénérescence kystique de la rate.

II — Reins

Parallélisme du processus, mais plus grande fréquence de l'affection isolée, sur les reins.

(Elle fut magistralement décrite par Rayet dans son *Traité des Maladies des Reins* et par Menetrier et Aubertin qui en ont décrit les lésions.)

Ce sont des kystes plus ou moins volumineux pouvant aller jusqu'à celle d'un œuf de poule.

Leur contenu est parfois pâteux, plus souvent liquide, clair, séreux ou coloré par du sang, de composition semblable à l'urine avec une certaine quantité d'albumine.

Après centrifugation, dans le culot, on trouve des cellules épithéliales plates ou cubiques, des cylindres hyalins et granuleux; des hématies, des cristaux d'oxalase de chaux, de la cholestérine, de l'acide urique.

Parfois les grands kystes sont cloisonnés.

Histologiquement, les kystes sont tapissés par un épithélium cylindrique dans les petits, cubique dans les moyens, aplati, avec noyau saillant, au-dessus du protoplasme dans les grands, comme dans le foie, l'épithélium reposant sur une paroi fibreuse.

Autour des kystes, tissu conjonctif plus épais, avec atrophie et regression des tubuli.

Dans le tissu conjonctif, on peut voir des traces de tubes épithéliaux atrophies et de glomérules fibreux.

Si le tissu interkystique est épais, il y a des tubuli dilatés et de petits kystes.

Dans les régions non kystiques, dilatation de tous les appareils tubulaires, à l'exception des cavités glomérulaires.

Le tissu conjonctif qui entoure les tubes normaux est peu dense, montrant bien que la sclérose est secondaire à la formation kystique.

Uretères. — Les uretères sont la plupart du temps indemnes; il est à remarquer seulement la fréquence des malformations.

Deux uretère pour un rein (Marchesini).

Uretère à deux embouchures vésicales (Jackson et Luzzolo).

Uretère à deux racines (Rayer).

Certains auteurs (Litten, Liouville, Merklen) ont signalé la présence de kystes sur l'uretère.

Vessie. — Normale. Présence possible de kystes à sa face interne (Menetrier et Aubertin).

Cœur. — En général il existe un certain degré d'hypertrophie cardiaque et de sclérose due à la néphrite interstitielle et à l'hypertension artérielle qui accompagne la dégénérescence kystique du foie et des reins.

Présence parfois sur l'aorte de dilatation et de lésions, atheramateuses.

Poumons. — Du côté droit, fréquence d'une petite réaction exsudative.

Etude Clinique

Dans la grande majorité des cas on est en présence à la fois d'un foie et de reins polykystiques, on a donc à la fois des symptômes hépatiques et des symptômes rénaux accompagnés de néphrite ou tout au moins fréquemment de signes légers de déficience rénale.

Cependant, en plusieurs cas (Fiessinger et Cattan, Costantini et Benhamou, Grenet et Mathieu, Le Gendre et Garsaux, etc.), l'affection s'est localisée uniquement sur le foie.

Foie polykystique isolé

Par la lenteur de l'évolution, par le manque de troubles constatés, cette forme s'oppose nettement ainsi que nous le verrons, à celle associée à des reins polykystiques.

Il s'agit, en général, d'une malade chez lequel on découvre l'affection par hasard au cours d'un examen fortuit ou d'une maladie quelconque. Plus rarement les malades viennent consulter pour une pesanteur du côté droit, un ictère, une ascite, perte de l'appétit.

Plus tardivement, les malades se plaignent, quand l'hypertrophie hépatique se'st accentuée, d'une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, une sorte de douleur sourde, de compression, une sorte de névralgie à la base thoracique avec irradiation vers l'épaule droite, une obligation de déserrer ou de changer de vêtements, des vomissements alimentaire ou bilieux, de selles diarrhéiques.

Parfois, ce sont des étouffements qui les amènent à l'hôpital, ou un œdème malléolaire léger, une certaine lassitude.

Mais, en général, les signes fonctionnels sont peu marqués, il vient souvent par une augmentation de volume de son ventre et il faut interroger minutieusement le malade.

La maladie se constitue lentement, parfois comme par poussées successives.

A l'examen, le signe capital, qui domine tout, est l'hypertrophie notable même souvent considérable du foie.

On voit un abdomen étalé, volumineux déformé dans sa région sus-ombilicale, faisant saillie sous la paroi, à limites inférieures souvent visibles sous les téguments, le foie étant comme projeté en avant. Dans quelques cas les nodosités kystiques étaient visibles sous la paroi. (Delore).

Pas de circulation veineuse collatérale ou très peu.

À la palpation, on délimite facilement l'organe qui est lisse, dur, indolore, à contours très nets, mais de place en place on trouve des nodosités variant de la dimension d'une noisette à une mandarine en nombre variable.

De forme arrondie ou ovalaire.

De consistance rénitente.

Mais ni ballottement, ni flot, ni frémissement hydatique.

Elles siègent le plus souvent sur le bord convexe et semblent respecter le bord libre du foie.

Le volume total de l'organe est considérablement augmenté, remontant parfois en haut jusqu'au troisième espace intercostal droit, se confondant à gauche avec la matité splénique, descendant parfois en bas et à droite presque au contact de l'arcade crurale.

En général pas d'ascite, elle a été signalée, mais quand elle arrive, elle est tardive et est due plutôt à la cirrhose qui est consécutive et sous la dépendance des kystes.

Rate normale non perceptible.

Le cœur et la tension artérielle sont en rapport avec l'âge du malade et l'ancienneté de l'affection.

À l'examen des poumons, on trouve souvent des signes de bronchite chronique et d'emphysème et à la base droite, de l'obscurité respiratoire et même quelques signes parfois de réaction pleurale.

À l'examen radiologique, la voûte diaphragmatique est

un peu soulevée à droite, le cul de sac droit un peu serré. Une voûte de gros foie en général parfois, le cœur apparaît comme un peu soulevé et on peut apercevoir une légère lame liquidienne à droite.

Le séro diagnostic hydatique de Weiberg et Parvu est négatif.

L'intra-dermo-réaction de Casoni est négative.

La formule sanguine est généralement normale, pas d'éosinophilie.

A l'examen fonctionnel du foie, d'après les observations de MM. N. Fiessinger, Cattant, de Costantini et Benhamou, qui sont complètes à ce point de vue, pour la fonction biliaire, l'indice biliaire plasmatique est normal; ni bilirubinurie, ni cholalurie, parfois légère urobilinurie.

Pour la fonction chromagogue, le rose bengale étudié suivant la technique de N. Fiessinger et H. Walter est entre 2, 5 et 3, donc à peu près normal (N. Fiessinger et Catton-Costantini et Benhamou).

Pour la fonction azotée, suivant la technique de N. Fiessinger et Ch. O. Guillaumin, le coefficient ammoniacal corrigé en fonction du PH, étudié de 2 heures en 2 heures après l'épreuve du miel, est souvent un peu élevé semble-t-il.

Le rapport azoturique normal en général.

Pour la fonction gluco-levulopexique, après ingestion

de 100 grammes de miel, les urines deviennent fortement réductrices vers la quatrième heure.

Ces épreuves nous montrent donc que l'affection ne touche pas également toutes les fonctions du foie.

Intégrité relative de la fonction chronogague (différence avec les cirrhoses), malgré l'atteinte scléreuse histologique, mais en rapport avec l'intégrité parenchymateuse constatée histologiquement.

Cependant, l'atteinte peu marquée de la fonction azotée et sucrée, témoignent d'une asynergie fonctionnelle comme cela est observé dans les atteintes légères du parenchyme.

A l'examen des reins, on ne trouve aucun signe clinique de reins polykystiques.

L'azotémie est normale.

Pas d'albuminurie.

Dans les urines, on relève la présence inconstante de sels et pigments biliaires, d'urobilinurie.

Pas d'albumine, pas d'acide diacétique constatés.

Pas de sucre.

Urée urinaire, l'azote uréique, l'azote ammoniacale, l'azote totale sont normales à cette période de l'affection.

Aucun érythème à l'injection au malade de son liquide kystique.

Evolution

Dans cette forme l'évolution est extrêmement lente, l'affection peut durer des années.

Celle-ci ne se précipite que tardivement (Bard), le nombre des kystes se multiplie, la cirrhose se manifeste.

L'ascite et l'insuffisance hépatique apparaissent, des troubles digestifs se manifestent, anorexie, vomissements alimentaires et bilieux, diarrhée; parfois on constate un ictère par compression.

L'insuffisance rénale apparaît aussi bientôt et peut prédominer et le coma urémique est l'aboutissant de l'affection.

On n'a pas à signalé de cas d'ictère grave.

Souvent même le malade n'en est guère incommodé, l'affection est compatible avec l'existence, sans complications et le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie, c'est une véritable trouvaille, tel le cas de Burns chez une femme morte de pneumonie, celui de Baraduc, celui de Morax et de bien d'autres.

Parfois marche rapide, développement extraordinaire comme malin, tel le cas de Costantini et Benhamon.

Pronostic

Le pronostic n'est pas d'une gravité immédiate vu l'extrême lenteur de l'évolution.

Cependant, abandonnée à elle-même, elle aboutit fatalement aux insuffisances hépatique et rénale.

Complications

Les complications du foie polykystique isolé sont rares.

On a signalé dans plusieurs observations l'ouverture spontanée d'un kyste.

Soit douleur aiguë vite calmée.

Soit douleur brutale en coup de poignard, syncopale avec contracture de l'abdomen, faciès terreux subictérique, arrêt complet des matières et des gaz, en ayant imposé pour une péritonite par perforation rupture d'un ulcus, et faisant faire le diagnostic de l'intervention.

La suppuration des kystes, ou plutôt d'un kyste, n'a été signalée que trois fois.

Une fois par Bouilly (Société Anatomique des hôpitaux) en mars 1872.

Murchison en cite deux observations.

Plenck parle d'une suppuration kystique provoquée par le voisinage d'un ulcus de la petite courbure.

En ce cas, la symptomatologie est identique pour tous les abcès du foie.

On a signalé également un cas de torsion sur un kyste pédiculisé sous-hépatique.

On a signalé plusieurs cas d'augmentation brusque des kystes avec légère réaction péritonéale.

Glottz a rapporté la coexistence d'une hydronéphrose droite par compression urétérale.

Nous avons cité à l'évolution l'ictère par compression.

L'ictère grave n'a pas été signalé et si on devait le rencontrer, il serait plutôt dû à la cirrhose qu'à la dégénérescence kystique.

I. — Formes cliniques de la maladie polykystique du foie

On peut, d'après l'évolution, distinguer :

Une forme lente, celle décrite (Fiessinger, Bord, Gar-saux) ;

Une forme rapide, véritable forme maligne (tel le cas de Costantini et Benhamon) caractérisé par une augmentation rapide du foie avec phénomènes de compression (ascite, parfois ictère, œdème des jambes), atteinte de l'état général et mort rapide.

D'après la prédominance des symptômes :

Une forme avec ascite ;

Une forme avec ictère (Vincent, d'Alger) ;

Une forme douloureuse (pesanteur, douleur en barre, irradiation à l'épaule) ;

Une forme digestive (anorexie, vomissements, diarrhée) ;

Une forme intestinale douloureuse (coliques, ballonnements du ventre) (Grenet et Mathieu).

Enfin, on pourrait distinguer suivant la prédominance des kyste sur les différents lobes et faces du foie.

II. — Foie polykystique **(Kystes isolés et kystes solitaires)**

C'est la forme que l'on a appelée kyste chirurgical non parasitaire du foie.

Le plus souvent pas de troubles, les malades viennent consulter pour un élargissement de la ceinture, une augmentation de volume du ventre.

Ou encore le kyste est une découverte opératoire au cours d'une opération abdominale, hernie, cholecystite, etc.

Plus rarement le malade se plaint de troubles digestifs, pesanteur après les repas, nausées, coliques intestinales, diarrhée ou de douleurs sourdes dans l'hypocondre droit, en barre entre les deux hypocondres, poids dans la région épigastrique, plus rarement encore une irradiation vers l'épaule droite.

À l'examen. — Saillie dans l'hypocondre gauche parfois directement le le plan costal, le soulevant même parfois, où siège épigastrique de la tumeur déjetant de côté ou projetant en avant l'appendice xyphoïde.

Parfois rien à première vue.

À la palpation. — On délimite un foie largement augmenté de volume, le bord inférieur descendu jusqu'à la ligne ombilicale parfois même jusqu'à la ligne bi-iliaque.

L'organe peut couvrir toute la région épigastrique et aller se confondre à gauche avec la matité splénique.

A la palpation de la surface, on peut sentir une (ou plusieurs) grosse saillie faisant corps avec le foie, de contour net, et dôme, arrondie ou ovalaire parfois un peu sensible, rénitente ou même fluctuante suivant la plénitude du kyste (parfois l'un des kystes est rénitent et l'autre fluctuant).

Le reste de l'organe semble dur et lisse.

La percussion permettra de se rendre compte de la limite supérieure parfois reportée au-delà de la quatrième côte.

Comme pour l'autre forme (maladie polykystique), il ne sera pas inutile, dans un but nettement thérapeutique, de se rendre compte de l'état des autres organes, de faire un examen radiographique (de la base droite pulmonaire surtout), un dosage d'urée, un examen du sang et les réactions de laboratoire citées plus haut.

Toute ponction exploratrice est inutile et dangereuse, on doit préférer la laparotomie exploratrice qui souvent pourra être curative.

III. — Maladie polykystique du foie et des reins

Quoique cette affection ne rentre pas dans le cadre de cette étude, nous en dirons quelques mots, vu l'association fréquente de la maladie kyste du rein à celle du foie et à celles d'autres glandes.

Ici, alors, changement de pronostic. Si les kystes rénaux sont petits et qu'il y ait une grosse conservation du parenchyme, l'évolution sera lente; mais vers la quarantaine, les kystes ont tendance à grossir, la sclérose à envahir progressivement les espaces restés libres et le malade s'achemine progressivement vers les insuffisances hépatique et rénale.

Le malade se plaint de sourdes douleurs dans la région lombaire, d'hématurie, de céphalée, vomissements, crises asthmatiformes. La polyurie augmente, atteint quatre litre par jour.

Si l'on examine à cette période ces malades, on se rend compte de l'augmentation de leur tension artérielle, d'une certaine hypertrophie du cœur et si un œdème aigu ou une hémorragie cérébrale n'abrègent pas encore les jours du malade, ceux-ci finissent dans le coma urémique.

Maladie polykystique du nouveau-né

Chez le nouveau-né, la dégénérescence kystique du foie s'accompagne presque toujours de dégénérescence d'autres organes glandulaires, coexistence presque constante de reins polykystiques (une seule observation en fait remarquer l'absence), celle de Bogot. (Voir observation F. P. au nouveau-né.)

C'est une affection excessivement rare mais compatible avec la vie intra-utérine.

Elle est parfois la cause d'un accouchement prématuré, mais le plus souvent, comme le volume des masses kystiques est considérable, il détermine une dystocie par excès de volume du ventre.

Il s'agit pour les mères, de femme relativement fortes, qui en sont au moins à leur deuxième pare, souvent plus.

L'accouchement débute normalement, on pense souvent à de gros enfants, le travail marche régulièrement, on a les contractions habituelles; la tête passe dans le vagin mais reste habituellement à la vulve et en reste là le travail n'avance plus.

Après tractions, mais en vain, sur la tête et les bras, on touche et l'on s'aperçoit alors du volume de l'abdomen. La main introduite dans le bassin avec un trocart on ponctionne l'abdomen, un liquide vert ou citrin, 1/2 à 3 litres, s'en échappe et le siège du fœtus descend dans l'excavation et en est extrait.

Le fœtus ne possède pas seulement une dégénérescence kystique du foie et des reins, mais de nombreuses malformations l'accompagnent.

Hydrocéphalie, hémicéphalie, encéphalocèle, doigts surnuméraires, syndichylie, bec de lièvre, pied bot, malformation génitale externe, hernie embryonnaire.

L'affection est incompatible avec l'existence dans l'immense majorité des cas, car après la naissance, asphyxie par volume trop considérable du foie gênant la respiration.

A signaler à l'examen anatomique des kystes hépatiques, on trouve fréquemment une disposition rappelant celle de cavités du cœur. (Kystes avec piliers.)

Diagnostic

Positif. — Le foie polykystique n'ayant qu'un seul symptôme appréciable cliniquement, un foie volumineux avec nodosités rénitentes, coexistant parfois avec un ou deux gros reins, c'est par l'absence des autres symptômes qui accompagnent généralement les gros foies nodulaires que l'on pensera au diagnostic.

Le plus souvent pas d'ictère, pas d'ascite, pas de signes généraux, pas de couleur.

Peu de modifications de la formule sanguine, eosinophilie 2 à 3 % maximum.

Le séro-diagnostic hydatique de Weinbert et Parvu, négatif.

Pas de signes d'insuffisance hépatique si pas de cirrhose confirmée.

Différentiel. — Le plus souvent, en présence d'un gros foie kystique, sans ascite, sans ictère, bon état général, on pense au kyste hydatique.

Cependant le kyste hydatique est généralement unique, on compte au plus deux ou trois nodosités tandis

que dans le gros foie polykystique les saillies sont multiples.

Le diagnostic sera plutôt à faire avec les kystes localisés ou le kyste solitaire, kystes chirurgicaux du foie.

Le kyste hydatique survient surtout chez des gens en contact avec des chiens et des moutons.

Il y a des troubles digestifs, de l'urticaire, on peut percevoir le frémissement hydatique; on a une eosinophilie plus prononcée, le Weinberg et le Cosoni sont habituellement positifs.

Enfin à l'intervention, et non à la ponction qu'on ne doit jamais tenter, si l'on trouve un liquide analogue, on a en plus du sable et des crochets.

On peut penser également au cancer massif du foie; mais là l'évolution est rapide et l'absence de nodosités en permet facilement l'élimination.

Le cancer nodulaire du foie est, lui aussi, un foie bosselé, mais on remarque souvent une ascite légère. Les nodules augmentent beaucoup plus rapidement que dans la dégénérescence kystique; il est secondaire le plus souvent à un cancer digestif, mais dont les signes ont pu passer inaperçus. L'évolution est aussi plus rapide et l'amaigrissement plus précoce.

Le diabète bronzé, mais là, coloration spéciale des téguments, la polyurie et la glycosurie; enfin la marche progressive et la fin rapidement fatale lèvent les doutes.

La sirrhose hypertrophique grasseuse des tuberculeux (Hutinel et Sabourin) pourrait prêter à confusion parfois. Cependant il s'agit là de tuberculeux avérés, grands alcooliques à l'état général mauvais tombant dans un véritable tumphos avec ictère, ascite, purpura, hémorragie, gros foie mais splénomégalie.

Avec la dégénérescence amyloïde tuberculeuse, gros foie mou, pâteux, lisse; ce sont des tuberculeux avancés, avec uribilinurie et sucre dans les urines et une tuberculose évolutive pulmonaire ou osseuse.

Lorsque la dégénérescence kystique du foie s'accompagne d'un peu d'ascite on éliminera la cirrhose hypertrophique, la syphilis tertiaire avec facilité accessoirement on aurait peu penser à une leucémie, un paludisme.

Il faut encore différencier la maladie kystique du foie de l'avec une affection relativement rare, la maladie de Lindau, angio-sarcomes ou endothelio sarcomes du système nerveux central associés avec des kystes d'autres viscères foie, pancréas, rose, mais les travaux de Lindou, Schubach et en France de Roussy, Oberling et Mlle Lévy ont montré qu'il s'agissait d'une affection bien spéciale, héréditaire, semble-t-il, avec syndrome humoral intra crânien et troubles oculaires.

Dans les cas de kystes localisés ou kyste solitaire il peut y avoir confusion avec une grosse vésicule mais

souvent on sent avec netteté un sillon la séparant du foie, il ne peut y avoir erreur qu'avec un gros kyste pédiculisé avec un kyste pancréatique, mais ceux-ci sont retro-gastriques, la tumeur siège à gauche de la ligne médiane, l'insufflation de l'estomac permet de les situer et d'en faire le diagnostic surtout s'il y a des antécédents de traumatisme épigastrique.

Si le siège est lombaire, sous-hépatique avec une hydronéphrose, la radiographie et le catheterisme lèveront les doutes.

En cas de kyste très volumineux on a pu hésiter avec le kyste de l'ovaire, mais le toucher rectal et vaginal seront souvent d'un grand secours.

En cas de température avec signes généraux, le diagnostic avec l'abcès du foie sera presque impossible.

On peut dire que dans l'immense majorité des cas, vu la rareté du foie polykystique, le diagnostic n'est jamais fait, on pense presque toujours à un kyste hydatique. Ou comme Black Sutton à un kyste du mésentère, comme Corner à une vésicule hydatique, comme Hoberer à un kyste du Pancréas, à une ascite tuberculeuse, voire même à un kyste de l'ovaire.

Et souvent c'est une découverte opératoire ou une trouvaille d'autopsie.

Chez le nourrisson on ne pense guère qu'à la syphilis hépatique; mais là le foie est dur, douloureux, souvent

d'autres stigmates (penphigus, coryza, kerotite) mettront sur la voie du diagnostic.

Enfin, dans les régions fortement ipaludées, le paludisme mais teinte spéciale de l'enfant, et les parents eux-mêmes sont atteints par l'affection.

Traitement

Le traitement est variable suivant la forme que revêt l'affection.

Pour les kystes groupés et le grand kyste solitaire l'intervention de choix est la résection totale de la poche kystique.

Cependant, avant toute intervention il semble prudent de se rendre compte de l'état du parenchyme hépatique par le laboratoire, et surtout qu'ils n'existe pas de reins polykystiques. Car une intervention en cas d'association risque de conduire le malade plus rapidement vers l'insuffisance rénale (quelques cas d'anurie ont été constatés après ces interventions).

Dans la résection totale de la poche kystique la mortalité est relativement très réduite, on n'a guère que 8 à 9 % de mortalité et aucune récurrence à craindre, mais il faut trouver le plan de clivage, la zone de décollement, surtout si le kyste est en grande partie extra hépatique.

Il se peut qu'au cours de l'intervention il y ait lésion d'un canal biliaire, on en fait la ligature, de même pour les artérioles.

Pour les hémorragies en nappes on a proposé l'hémostase eu thermocautère.

On fermera le lit du kyste par des points de suture sans lier trop fort et au besoin faire un capitonnage. Mais il y a des cas où le plan de clivage n'existe pas, c'est ce qui se produit notamment, quand autour du grand kyste on trouve de petites grappes de kystes diffus; le parenchyme hépatique voisin serait donc forcément intéressé si l'on voulait quand même extirper la totalité de la poche.

(Le cas rapporté par M. Paul Mathieu, Société de Pédiatrie, 1927, est exceptionnel. De plus, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un enfant de 7 ans.)

Dans le cas d'impossibilité de résection totale on peut pratiquer la résection partielle avec marsupialisation, c'est une opération de nécessité. Quand la zone décollable n'est pas assez étendue on terminera par une marsupialisation.

Mais malgré le lavage à l'héter et à l'alcool iodé de la portion restante, on n'est pas à l'abri des récidives.

Cependant, il paraît qu'elle est à préférer à la résection cuneiforme que préconisent Costantini et Dubouché, car on risque de blesser une branche importante de l'artère hépatique, causant une blessure grave, car elle peut entraîner la nécrose partielle du tissu hépatique.

Les suites opératoires sont parfois une fistulisation un peu longue nécessitant une seconde intervention ou une pleurésie de la base droite.

Dans les cas de maladie polykystique du foie toute intervention semble inutile sauf peut-être en cas de grosse compression ou après une laparotomie exploratrice on pourra vider les kystes les plus volumineux, mais ce n'est là qu'un palliatif. L'important est de lutter dans l'insuffisance hépatique grâce à un régime alimentaire approprié.

Il semblerait que grâce à des séances radiothérapiques prudentes on puisse obtenir certaines améliorations.

On pourra, si l'on soupçonne une origine, faire un traitement au malade, traitement fait avec prudence (sirop de Gibert, bi-iodure de Hg, benzo Bismuth) qui n'aura aucune influence sur les lésions hépatiques constituées mais qui dans une certaine mesure entravera la marche de la sclérose et pourra prévenir de complications générales.

Pathogénie

La pathogénie de la dégénérescence poly kystique du foie a donné naissance à de nombreuses théories.

Quelles sont les parties du foie qui donneront naissance aux kystes ?

Comment s'opère la transformation kystique ?

Quelle en est l'influence ?

Le problème est complexe.

Pour Sabourin deux processus bien différents.

Certains kystes prennent naissance dans les canaux biliaires préexistants, canaux excréteurs.

D'autres dans des canalicules de neo-formation, pseudo canalicules biliaires résultat de la transformation en tubes à épithélium cubique des trabécules hépatiques sécrétantes de la bile.

Pour Sabourin, il y a encore un troisième processus.

Certains kystes prendraient naissance dans les réseaux des *vasa aberrantia* et d'autres viendraient encore de la dilatation kystique des glandes annexées aux voies biliaires intra-hépatiques.

Dès 1876, Baraduc signale le groupement de kystes

autour des canaux biliaires sans que ceux-ci aient disparu.

En 1899, Couvelaire subdivise la formation des kystes en trois groupes basés sur l'anatomie des lésions :

1^e Théorie basée sur la constatation de concrétions salines dans les conduits excréteurs et qui concluent à **la simple rétention par obstruction**;

2^e Théorie basée sur la constatation d'une hypertrophie conjonctive péri canaliculaire et qui concluent à **la rétention par étranglement des canaux biliaires**;

3^e Théorie basée sur la constatation de l'activité des épithéliums de revêtement des cavités kystiques et qui concluent à **une néoplasie épithéliale**.

En 1885, à propos de la dégénérescence kystique du rein, Virchow défend la **théorie de la sclérose**.

Pour Saborin, Ménétrier et Aubertin, Claude, Babinski, Juhel Rénay, Ganbault, Brault cette cirrhose est plutôt due aux kystes eux-mêmes. Bard et Lemoine expliquent la formation des kystes en raison de la faiblesse congénitale des parois des organes creux, simple dilatation des canaux sous l'influence de la pression de liquides sécrétés.

C'est aussi l'avis de Maës (Nouvelle-Orléans).

Mais on peut objecter que les voies biliaires sont toujours perméables.

Pour Parin, Schack, Margarucci, Paul Garséaux ils

proviennent de néo-canalicules restés embryonnaires ou d'une prolifération néoplasique de l'épithélium de revêtement des conduits biliaires intra-hépatiques.

Pour Letulle, Alexander, Lecène, Paul Mathieu il s'agit de **dysembryome**.

L'opinion de Favre, de Lyon, sur la question, est très intéressante : « On connaît depuis longtemps dans les cirrhoses les formations épithéliales tubulaires, canaliculaires que l'on trouve parfois répandues en abondance dans les nappes de tissu conjonctif qui dissocient la glande hépatique. On les désigne sous le nom de **néocanalicules biliaires**.

« On ne les trouve pas également abondant dans toutes les cirrhoses. On sait qu'ils sont particulièrement développés dans les **cirrhoses dites biliaires**.

« A côté de ces formations tubulaires il n'est pas rare de voir, dans le tissu conjonctif, des cavités plus larges non plus arrondies mais irrégulières creusées au sein du tissu de sclérose, véritables formations kystiques tapissées d'une seule rangée de cellules épithéliales basses. Ces cavités donnent au tissu conjonctif un aspect caverneux.

« Voisinant avec les néocanalicules et les cavités kystiques intra-scléreuses on observe fréquemment ce que nous avons appelé les **seléro-kystes canaliculaires**. Ce sont des cavités parfois arrondies, le plus souvent allon-

gées, irrégulières dont les dimensions peuvent être considérables et qui sont tapissées de hautes cellules prismatiques ayant tous les caractères des cellules de revêtement des gros canaux biliaires.

Quant aux grands kystes canaliculaires à haut épithélium prismatique, ils sont ici dans le foie, les représentants d'une lésion que nous aurons souvent à rencontrer en étudiant l'action des inflammations chroniques sur les gros canaux d'excrétion.

Dans le tissu conjonctif très épaissi qui les entoure ces canaux perdent leur contour et leur calibre normaux, ils prennent l'aspect de larges cavités irrégulières dans lesquelles on aurait peine à voir le canal normal, s'il n'était reconnaissable par sa situation même et par la présence du haut épithélium qui les revêt. Cette épithélium peut être adhérent et régulièrement disposé, plus souvent il forme des lambeaux, des rubans plus ou moins longs dont les fragments enchevêtrés arrivent parfois à remplir la lumière du canal.

Néocanalicules, kystes intra-scléreux de type caverneux, scléro-kystes canaliculaires, toutes ces formations épithéliales édifiées en milieu inflammatoire sont d'observation commune. Relativement discrètes dans les cirrhoses on les voit acquérir un remarquable développement dans l'affection que l'on désigne sous le nom de foie polykystique, que nous n'hésitons pas à rapporter

à une inflammation. toutes les altérations du foie kystique ne sont que l'image agrandie de lésions dont la nature inflammatoire est certaine, les lésions de cirrhoses. » *J. de Médecine de Lyon*, 20 décembre 1928.

La survie si prolongée parfois de ces malades s'explique par la persistance d'une certaine quantité de parenchyme hépatique normal restant incluse entre les bandes scléreuses limitant les kystes.

A quelle époque de la vie débute cette perversion dans le développement des éléments cellulaires ? Sur ce point les auteurs ne sont pas d'accord.

Lésions fœtales disent les uns. Letulle, Ménétrier, Roussy, Lecène pensent qu'il s'agit d'un dysembriome.

Il est incontestable pour le nourrisson que la lésion remonte aux premiers temps de la vie fœtale; d'ailleurs l'association des autres malformations le prouve.

Gougerot, Rouyé, Pierre Merle ont incriminé la tuberculose. Il est difficile d'en fixer la part. En tout cas la tuberculose donne dans la maladie polykystique comme un coup de fouet aggravant notablement l'affection.

D'autres auteurs, les Lyonnais Paviot, Bonamour ont parlé d'adénome, Favre de syphilis ? Il est difficile d'avoir une opinion certaine, absolue de la question; en tous cas une constatation s'impose, pour remanier si profondément les organes épithéliaux et y faire naître ces curieuses formations, il faut une inflammation lente,

évoluant à bas bruit, sans signes physiques ou fonctionnels marqués, une inflammation chronique.

Deux de ces inflammations chroniques sont particulièrement importantes en pratique : la syphilis et la tuberculose.

Si dans la tuberculose le processus de destruction lente l'emporte sur celui de réparation, dans la syphilis au contraire, au milieu du bouleversement, on constate une activité réparatrice singulièrement développée.

Cependant il faut signaler l'inefficacité constante du traitement spécifique sur des lésions déjà constituées.

I

Maladie Polykystique du Foie

OBSERVATION N° 1

H. COSTANTINI et E. BENHAMOU. — Sur un cas de maladie polykystique du foie. (Archives des Maladies de l'Appareil digestif, février 1930.)

Il s'agit d'un homme de 23 ans, Bak., Ben Hadj..., négociant mozabite, qui entre à l'hôpital de Mustapha le 28 juin 1927, parce qu'il est porteur d'ascite, déjà ponctionnée à plusieurs reprises.

Il y a deux ans, le malade commença à se plaindre de douleurs abdominales, accompagnées parfois de selles diarrhéiques, sans pertes de force, sans fièvre. Un médecin consulté, trouvant un ventre légèrement augmenté de volume, pensa à une péritonite tuberculeuse et prescrivit un traitement héliothérapique. Mais le ventre grossit insensiblement, s'emplit manifestement de liquide, en même temps que les coliques disparaissaient. Le 3 juillet 1926, le volume de l'abdomen était tel qu'on dut pratiquer une paracentèse. Deuze litres de liquides

citrin furent retirés, laissant le ventre absolument plat. Le 16 juillet, nouvelle ponction de 9 litres. Le 5 août, troisième ponction 10 litres. Le 6 septembre, quatrième ponction, encore suivie, d'après les dires du malade, d'un affaissement complet du ventre. Pendant quelques mois le liquide ne se reproduit que très lentement et ce n'est que le 8 mars 1928 qu'une nouvelle ponction devient nécessaire; mais, pour la première fois, l'abdomen au lieu de s'affaisser après la soustraction du liquide, reste volumineux. Le 4 avril, une autre ponction n'arrive pas davantage à vider le ventre. Deux mois se passent sans modifications sensibles du côté de l'abdomen. Mais l'état général commence à décliner et c'est alors que le malade vient consulter l'un de nous.

Dans ses antécédents héréditaires, rien à signaler. Dans ses antécédents personnels, ni paludisme, ni rhumatisme articulaire, ni maladies graves de l'enfance. Pas d'éthylisme. Pas de syphilis : le Wassermann a toujours été négatif dans le sang et dans les liquides d'ascite.

Quand nous voyons le malade, il a le facies pâle et amaigri, les traits tirés, les muscles thoraciques émaciés; mais l'abdomen est énorme avec une circulation veineuse collatérale surtout sus-ombilicale; les membres inférieurs sont légèrement oedematiés. Langue sale, avec

inappétence marquée sans autres troubles digestifs. Pas de fièvre.

La palpation de l'abdomen donne une sensation de tension généralisée, non de rénitence ou de fluctuation en une zone quelconque; on ne perçoit ni la rate, ni le foie. La percussion permet de délimiter une zone de sonorité, petite, irrégulière, au niveau du quadrant supérieur droit de l'abdomen; tout le reste du ventre est absolument mat. Cette matité et cette sonorité ne sont point mobiles avec les déplacements du malade.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on note une petite toux sèche s'accompagnant d'une expectoration muqueuse; mais des analyses répétées n'ont jamais révélé les bacilles de Koch. La percussion, la palpation et l'auscultation du thorax permettent de délimiter un épanchement pleural de la base gauche, remontant jusque vers la sixième côte environ. Pas de signes parenchymateux au-dessus de la zone liquidienne. A droite, rien au sommet; quelques frottements pleuraux à la base.

Du côté de l'appareil cardiovasculaire, une matité cardiotactation; un pouls petit à 86. Tension au Vaquez : 11/7. diaque un peu déplacée vers la droite, sans signes d'aus-

Rien du côté du système nerveux.

Dans les urines, pas d'albumine ; présence de pigments et de sels biliaires.

Une paracentèse aussitôt pratiquée sur la ligne ombi-

lico-iliaque gauche, là-même où le malade avait été chaque fois ponctionné, permit de retirer péniblement trois litres d'un liquide franchement citrin d'abord, hémorragique à la fin. Nous fîmes aussi une ponction de la plèvre gauche et retirâmes difficilement 60 grammes d'un liquide citrin. L'un et l'autre liquide présentaient à l'examen cytologique, des globules rouges ; point de leucocytes. Le Rivalta était négatif, et au bout d'un moment, un léger coagulum fibrieux se produisait. Le liquide pleural contenait 22 gr. 10 d'albumine, le liquide abdominal 21 gr. 20. Nous avions pensé d'abord à une péritonie tuberculeuse plus ou moins cloisonnée, avec pleurésie concomitante, à une maladie de Fernet-Boulland ; ces résultats nous en éloignaient, comme ils nous éloignaient aussi d'une cirrhose hépatique où, comme on le sait, l'albumine des épanchements péritonéaux ne dépasse guère le taux de 8 à 10 grammes.

Etions-nous alors en présence d'une ascite et d'un hydro thorax cardiaques, symptomatiques d'une symphyse du péricarde, d'une cirrhose cardio-tuberculeuse ?

L'examen radiologique du thorax allait nous éloigner aussi de cette hypothèse : le cœur ne présentait aucune anomalie ni dans sa morphologie, ni dans sa cinématique ; il était seulement un peu déjeté à droite et comme soulevé. Les sommets, les plages pulmonaires, étaient indemnes de toute image suspecte, ce qui permettait d'éli-

miner définitivement toute idée de tuberculose pleuro-pulmonaire. Mais nous trouvâmes un diaphragme gauche plus élevé que le diaphragme droit ; une obscurité totale sous ce diaphragme gauche, au lieu de la clarté habituelle de la poche à air gastrique ; enfin une ligne diaphragmatique irrégulière, bosselée. Ce que nous avions pris pour un épanchement pleural, appartenait manifestement à une collection abdominale sous-diaphragmatique que notre ponction avait évacuée.

L'analyse des urines et les examens de sang allaient nous ramener vers l'hypothèse d'une affection d'origine hépatique. Les urines prélevées le 4 juillet, donnèrent les résultats suivants :

Sels biliaires	présence
Pigments biliaires	présence
Urobiline	présence
Acétone	néant
Acide diacétique	néant
Albumine	néant
Sucre	néant
Urée urinaire	29 gr. 08
Azote uréique	13 gr. 59
Azote ammoniacal	0 gr. 57
Azote total	15 gr. 90

Coefficient de Maillard : 4,19 %.

Rapport azoturique : 85,5 %.

Les examens sériques donnèrent les chiffres suivants :

Bilirubinémie 1 unité Van den Bergh.

Cholestérinémie 1 gr. 46

Glycérine 0 gr. 76

Urée sanguine 0 gr. 32

La fonction chromagogue, explorée par l'épreuve du rose bengale suivant la technique de N. Fiessinger, donna le chiffre normal de 3.

En somme, petit syndrome biliaire, asynergie fonctionnelle du foie, chez un malade porteur d'une ascite dont les caractères n'étaient point ceux des épanchements habituellement rencontrés.

Une seconde ponction d'ascite, pratiquée le 7 juillet, le long de la ligne ombilico-iliaque droite, allait fournir des renseignements assez inattendus. D'abord, on évacua aisément 12 litres d'un liquide entièrement citrin d'un bout à l'autre de la ponction. Cependant, malgré les pressions exercées, le ventre ne se vida pas complètement ; il resta volumineux, tendu et mat et, chose importante, tandis que les liquides des ponctions précédentes contenaient 20 grammes d'albumine, celui qu'on venait de retirer contenait 42 grammes d'albumine et présentait les caractères d'une ascite inflammatoire. Nous avons donc ponctionné une première fois par paracentèse et par thoracentèse, des collections abdominales de contenu sensiblement identique ; mais il y avait bien, en outre, une ascite

libre qui semblait avoir existé seule dans les débuts de l'évolution, qui était celle que les médecins avaient ponctionnée avec succès au point d'obtenir un ventre absolument plat, qu'on avait prise tour à tour pour une ascite de tuberculose péritonéale, de cirrhose hépatique ou de cardiopathie, et qui ne ressortissait à aucune de ces causes médicales habituelles. Nous étions donc en présence de collections abdominales multiples (les unes de contenu identique, l'autre de contenu différent), sur la nature desquelles, seule, une laparotomie pouvait nous fixer.

Le malade est aussitôt évacué dans les services de l'un de nous. Une intervention est décidée. Intervention le 19 juillet 1927. Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane. On évacue d'abord une certaine quantité de liquide d'ascite. Le ventre étant relativement libre, l'exploration montre une vaste masse tumorale, constituée par des kystes de dimensions diverses. L'un d'eux médian, est particulièrement volumineux. Il est d'abord très difficile de se rendre compte du siège exact de cette masse qui recouvre comme un clapet le tractus digestif. Cependant, après quelque hésitation, on acquiert la certitude qu'il s'agit d'une masse polykystique en continuité avec le foie. Nous portons le diagnostic de foie polykystique. La masse est si importante que nous songeons un instant à refermer le ventre sans l'extirper. Cependant, le gros

kyste médian nous fait espérer qu'une extirpation au moins partielle pourra être tentée. Nous incisons donc franchement en coin la masse en question, de manière à circonscrire le kyste médian. Mais bientôt nous arrivons à nous convaincre de l'inutilité d'une telle manœuvre, car une grosse partie du tissu polykystique demeure. Nous réunissons avec autant de minutie que possible les tranches saignantes qui résultent de la section cunéiforme, sans cependant nous faire beaucoup d'illusions sur l'issue de cette intervention forcément incomplète, car il aurait fallu enlever les deux tiers du foie.

Nous explorons la rate, qui est normale. Les fosses lombaires ne sont pas occupées par des masses pouvant faire admettre l'hypothèse de reins polykystiques au moins importants.

Pas de granulations tuberculeuses. Décès le lendemain. Pas de nécropsie possible.

Nous dosâmes l'albumine de deux kystes prélevés dans la masse et nous trouvâmes 14 gr. 60 dans l'un, 15 gr. 05 dans l'autre, c'est-à-dire des chiffres sensiblement identiques à ceux que nous avons obtenus lors de la première ponction du thorax et de l'abdomen.

L'examen histologique de la masse polykystique pratiqué par le professeur agrégé Leroux permet d'affirmer le diagnostic de maladie polykystique du foie, comme en témoigne le protocole suivant :

On est en présence d'une nappe de tissu conjonctif très dissocié, richement vascularisé et creusé de cavités de dimensions et de tailles très variables. Ces cavités contiennent encore pour quelques-unes une substance amorphe acidophile ; elles sont bordées par un épithélium cubique régulier qui, par place, a disparu par desquamation ou artificiellement par manœuvre technique. Le tissu conjonctif intercalaire présente un aspect myxoïde à cellules étoilées avec substance fondamentale, en général, amorphe, en quelques points seulement fibrillaire ; les capillaires sont très nombreux et constitués seulement d'un endothélium. En dehors des vastes cavités kystiques, aucune formation épithéliale ne se retrouve au sein du tissu conjonctif. Il reste à noter l'existence d'amas pigmentaires noirs très foncés, sans systématisation par rapport aux éléments cellulaires, dont la nature biliaire est possible, mais pas démontrée.

OBSERVATION N° 2

MM. Noël Fiessinger et R. Cattan. — Un cas de gros foie polykystique. Société Médicale des Hôpitaux, 19 juillet 1928.

Mme Ca..., âgée de 48 ans, vient consulter le 13 avril 1928, pour des crises de dyspnées paroxystiques presque journalières et, surtout, pour une augmentation de volume de son foie.

Il y a déjà 20 ans, à l'âge de 26 ans, un médecin consulté pour des crises d'asthme, lui avait dit qu'elle avait une foie énorme. Elle n'attacha pas d'importance à cette constatation et s'occupa de soigner son asthme qui, d'abord pur, essentiel, ne tarda pas, malgré la thérapeutique et plusieurs cures thermales, à se compliquer d'emphysème pulmonaire.

C'est seulement en mars 1928 que, devant l'augmentation progressive du volume de l'abdomen, elle se décide à consulter. Le volume du ventre est d'ailleurs le seul signe sur lequel la malade attire l'attention. Elle ne souffre pas, ses digestions sont excellentes ; elle ne se plaint ni de prurit, ni d'urticaire.

Elle insiste par contre sur la dyspnée intense continue, entrecoupée de crises paroxystique, qui l'empêche parfois de dormir la nuit.

On ne retrouve dans ses antécédents qu'un ictère catharral vers l'âge de 12 ans, une scarlatine à l'âge de 14 ans, et une congestion pulmonaire grave en 1913. Elle a eu une petite fille qui est morte accidentellement à l'âge de 3 ans. Elle n'a jamais eu de fausse couche et il n'y a aucune raison de suspecter chez elle la syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann est négative en 1918.

L'examen de l'abdomen le montre déformé par une masse qui occupe presque toute la région sus-ombilicale

et qui fait saillie sous la paroi. Il y a une très légère circulation collatérale.

La palpation permet de se rendre compte de la nature de cette masse qui est dure, indolore, présente un bord inférieur net et ne peut être qu'un énorme foie.

La surface de l'organe est lisse, mais on sent, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une saillie arrondie, du volume d'une mandarine, de consistance rénitente. On a l'impression qu'il s'agit d'un kyste à contenu liquide, mais on ne sent ni ballottement, ni flot, ni frémissement hydatique.

Le volume total de l'organe apparaît considérable. Son bord supérieur siège au niveau de la ligne horizontale passant par les mamelons. Son bord inférieur suit une ligne qui va de l'hypocondre gauche à la crête iliaque droite. Les dimensions sont, sur la ligne mamelonnaire de la ligne supérieur de matité au bord inférieur, de 21 centimètres et l'on mesure du mamelon droit au bord gauche du foie, 31 centimètres.

Par ailleurs, il n'y a pas d'ascite et la rate n'est pas augmentée de volume. Le cœur est normal, la tension artérielle de 15,8 au Vaquez-Laubry.

L'examen de l'appareil respiratoire met en évidence des signes d'emphysème pulmonaire avec bronchite diffuse : expiration prolongée et sifflante, nombreux râles sibilants et ronflants.

Cette malade est revue le 31 mai 1928.

Les dimensions du foie n'ont pas changé, mais on croit sentir un frémissement hydatique au niveau du lobe moyen.

On pratique un examen du sang, qui donne les résultats suivants :

Globules rouges : 4.622.000.

Globules blancs : 7.200.

Polynucléaires neutrophiles : 77 %.

Polynucléaires éosinophiles : 4,7 %.

Polynucléaires basophiles : 1 %.

Grandes mononucléaires : 6 %.

Moyens mononucléaires : 12 %.

Lymphocytes : 0 %.

Cellule de Türk : 1 %.

En outre, une intradermo-réaction de Casoni est nettement positive. Ce fait, joint à la légère éosinophilie sanguine et aux signes cliniques constatés, fait porter le diagnostic de kyste hydatique du foie.

L'état général étant excellent, on conseille une intervention chirurgicale.

La laparotomie est pratiquée par le docteur Laurence, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. On découvre un foie volumineux, saillant. Sa surface est occupée par un kyste très superficiel, dont la paroi presque transparente et brillante, a l'aspect d'un ballon de baudruche. Le

liquide qu'on en retire est transparent, mais légèrement coloré en jaune pâle. L'aspiration ne ramène que 200 cc. de liquide. La poche est vide, elle est ouverte et au-dessous d'elle, à côté d'elle, apparaissent d'autres kystes ayant tous le même aspect en ballon de baudruche. On en ouvre un autre plus petit et devant le diagnostic indiscutable de foie polykystique, on referme la paroi. Les suites opératoires sont des plus simples après la secousse opératoire et anesthésique des premiers jours.

Nous arrêterons là cette observation, et la malade que nous présentons prouve que cette laparotomie n'a pas eu heureusement de funestes conséquences. Notre malade va bien, quoique toujours gênée par l'extrême volume de sa masse hépatique.

L'erreur de diagnostic que nous avons faite ne fut cependant pas aussi complète qu'elle puisse le paraître. Nous avions nettement à la palpation, senti deux kystes émergents dans l'épigastre et si le plus volumineux nous avait paru un jour présenter du frémissement hydatique, le phénomène n'avait pu être répété, nous restions dans le doute et certainement si nous n'avions pas eu une éosinophilie de 4,7 % et une réaction de Casoni faiblement positive il est vrai, nous aurions hésité avant d'intervenir. Ces constatations doivent donc mettre en garde ; la pluralité des kystes est le symptôme qui devait nous guider. Il faut en tirer comme enseignement que ni

l'éosinophilie, qui se retrouve dans l'observation de Le Gendre et Garsaux (3^e), ni même la réaction de Casoni, ne sont suffisants pour aiguiller d'une façon certaine dans la discussion du diagnostic.

Voyons maintenant les enseignements biologiques que l'étude après coup de cette observation nous apporte.

1° Examen du liquide retiré du kyste.

Le liquide est transparent, coloré en jaune, ne contient, après centrifugation, aucun élément figuré, pas de crocher, pas de scolex. Il contient 0,38 d'urée par litre et 0,27 d'albumine. La quantité est insuffisante pour le dosage de glucose et de cholestérine.

2° Examen des reins.

On ne trouve aucun signe clinique de reins polykystiques. Pas d'albuminurie. L'azotémie est à 0,16.

3° Examen fonctionnel du foie.

a) Fonction biliaire : l'indice biliaire plasmatique est normal à 1,8. Il n'existe ni bilirubinurie, ni cholalurie, mais une légère urobilinurie ;

b) Fonction chromagogue : le rose bengale étudié suivant notre technique est à 2,6, dans un taux voisin donc de la normale ;

c) Fonction azotée : étudiée suivant la technique de N. Fiessinger et Ch.-O. Guillaumin, le coefficient ammoniacal corrigé, étudié de deux heures en deux heures après l'épreuve du miel, nous a donné par contre des

résultats nettement élevés : 19, 17, 24. Cette constatation est en partie troublée par un retard mis involontairement à l'analyse qui a pu favoriser par temps de chaleur, la fermentation ammoniacale;

d) Fonction glyco-lévulopexique : après l'ingestion de 100 grammes de miel, les urines deviennent fortement réductrices à la quatrième heure.

De ces constatations, il résulte : une intégrité parfaite de la fonction chromagogue et le fait oppose nettement le foie polykystique aux cirrhoses, une atteinte minime de la fonction pigmentaire et sucrée, mais une atteinte plus marquée de la fonction azotée, quoique le résultat puisse avoir été faussé par de mauvaises conditions d'expérience.

4° Examen radioscopique.

La voûte diaphragmatique est à peine plus soulevée que normalement, le cul-de-sac droit est à peine serré, mais non comblé, on ne voit aucune trace de polycyclisme de la voûte. C'est l'examen d'une voûte de gros foie sans plus ample caractère.

5° Examen de la biopsie pratiquée pendant l'intervention.

Le parenchyme hépatique, dans les îlots indemnes, est entièrement normal : intégrité des cellules, intégrité des noyaux. On remarque seulement à la périphérie de ces îlots une congestion diffuse. Le foie est parcouru par de

très larges bandes fibreuses, qui semblent surtout appartenir aux espaces portes et présentent en certains endroits des îlots lympho-conjonctifs et des vaisseaux sanguins veineux distendus et remplis de globules rouges. Dans cette charpente, on voit quelques régions où se fait une infiltration ferrugineuse de quelques cellules conjonctives. Il s'agit d'une très grosse sclérose interstitielle péri-portale intéressant peu la veine sus-hépatique.

Dans ces îlots et ces bandes de sclérose, et seulement à ce niveau, existent de grands kystes clairs de dimensions variables, tapissés nettement par un épithélium qui semble être un épithélium cubique aplati. Il existe des néo-canalicules biliaires et l'on saisit toutes les transitions entre le néo-canalicule biliaire et les kystes. Les kystes semblent dus à une prolifération de l'épithélium biliaire développé à l'intérieur des espaces portes. Souvent, par artefact, ces kystes clairs contiennent des globules rouges et des palissades de cellules de revêtement par suite de la disposition tangentielle de la coupe.

Cette observation n'a qu'une valeur documentaire. Elle se rapporte à un foie polycyclique, rentrant dans le type classique des adénomes kystiques. Les épreuves de laboratoire nous montrent que cette maladie ne touche pas également toutes les fonctions du foie. L'intégrité de la fonction chromagogue et la relative intégrité de la

fonction biliaire soulignent la différence avec les cirrhoses, malgré l'atteinte scléreuse histologique, mais probablement en rapport avec l'intégrité parenchymateuse constatée histologiquement. L'atteinte de la fonction azotée et sucrée témoignent d'une asynergie fonctionnelle, comme il est de règle dans les atteintes peu marquées du parenchyme.

Mais le fait sur lequel nous désirons insister, c'est l'analogie qui rapproche notre observation de celle de Fieschi, prise pour un cancer du foie, de celle de Rosenstein et enfin de celle de Tuffier prise pour un kyste hydatique, qui furent toutes opérées et dans lesquelles le diagnostic fut dépisté à l'opération. Dans la majorité des cas, le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie.

Notre observation prouve qu'en clinique, il ne faut pas s'appuyer sur les signes rénaux associés. La même lésion ne se retrouve pas toujours au niveau des reins et ne se traduit pas toujours par une albuminurie avec azotémie. Ces signes manquent totalement dans notre cas.

Le diagnostic avec le kyste hydatique doit se baser sur les signes physiques, sur la sensation de plusieurs kystes accessibles, plus que sur l'éosinophilie et sur la réaction de Casoni.

Classiquement, cette affection a une très longue durée si, d'une part, l'insuffisance rénale n'apparaît pas et si une tuberculose surajoutée n'emporte pas le malade.

Cette longue durée s'explique par l'atteinte fonctionnelle très limitée du foie.

Comme la lésion est nettement adénomateuse, nous avons l'intention de soumettre cette malade à un traitement radiothérapique de son parenchyme hépatique dans toute son étendue.

OBSERVATION N° 3

MM. Le Gendre et Garsaux. — Kystes du foie en nombre considérable avec réaction de fixation négative. (Dégénérescence kystique?) Tuberculose des reins et de la vessie.

MM. Le Gendre et P. Garsaux présentent un foie d'un volume et d'un poids extraordinaires (14 kilos 500), dus à la présence d'un nombre considérable de kystes de toutes dimensions, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui du poing, kystes serrés les uns contre les autres, qui font saillie de toutes parts à la surface de l'organe et qui ont paru au premier abord être de nature hydatique.

Voici le résumé de l'histoire du malade.

Agé de 61 ans, il entre à l'hôpital Lariboisière pour une cystite avec pyurie. Mais ce qui frappe aussitôt, c'est l'énorme volume de son ventre, qui est irrégulièrement développé et dur. La palpation et la percussion dénotent que tout l'abdomen est occupé par une masse ayant la consistance du foie, mais sur la surface de laquelle proé-

minent quatre ou cinq saillies hémisphériques et de consistance plus molle, qui éveillent l'idée de kystes de volumes divers. On constate que le bord inférieur de la masse dure générale, présente une sorte d'encoche vers la partie moyenne de l'hypocondre gauche, à la suite de laquelle se trouve une nouvelle saillie qui serait la rate, présentant elle aussi une ou deux saillies kystiques.

Le malade fait remonter à une quinzaine d'années le développement graduel du volume de son ventre, qu'il attribuait à un excellent appétit. Jamais il n'avait éprouvé de douleurs, ni troubles digestifs, ni ictère ; mais il a eu pendant cette dernière période de sa vie une dizaine de poussée d'urticaire.

Il n'y a pas d'ascite ; la sonorité intestinale n'est perceptible que dans l'hypogastre et les fosses iliaques.

L'examen cystoscopique pratiqué par M. Marion, ayant permis de constater des ulcérations de la muqueuse vésicale au voisinage des orifices des uretères, fit poser le diagnostic de tuberculose réno-vésicale.

Le malade urinait journellement 800 grammes environ ; ses urines étaient troubles dès l'émission et laissaient un dépôt abondant formé de globules de pus ; après centrifugation, elles contenaient encore de l'albumine en petite quantité ; leur teneur en urée était de 18 grammes par litre.

Pour ce qui concerne le foie, une ponction, faite avec

beaucoup de précautions au niveau du plus superficiel des kystes, permit d'en tirer quelques centimètres cubes d'un liquide eau de roche : M. Patein, pharmacien de l'hôpital, lui trouve la composition chimique du liquide hydatique, mais l'examen micrographique n'y décela pas de crochets.

L'existence des poussées d'urticaire, l'absence de tout trouble digestif, malgré l'énormité du foie, le renseignement fourni que le malade vivait depuis de longues années dans une maison où se trouvaient plusieurs chiens, firent admettre le diagnostic de kystes hydatiques. L'examen du sang fait par M. le docteur Deglos, décela 3 % éosinophiles.

M. Weinberg, de l'Institut Pasteur, à qui fut envoyé un échantillon du sang du malade, répondit que la réaction de fixation du complément était négative.

La multiplicité des kystes, l'énorme volume du foie, l'âge du malade, rendaient impraticable ou dangereux tous les traitements habituels, soit par incision, soit par injection de liquides antiseptiques.

Un instant, nous avons songé à la suggestion de M. Louis Fournier, à utiliser une injection intra-veineuse d'arséno-benzol : mais le mauvais état de l'appareil urinaire ne permettait pas d'exécuter cette tentative.

Le traitement se borna donc à celui de la tuberculose rénale et vésicale. Peu de temps d'ailleurs après son

entrée, le malade eut la diarrhée, puis des accidents urémiques cérébraux (coma progressif) et succomba.

L'autopsie montra que le foie formait seul la masse dure et bossuée qui avait été délimitée par la palpation. La rate était de volume et d'aspect normaux. Nous avons pris pour elle l'extrémité gauche du foie.

Celui-ci, nous l'avons dit, pesait 14.500 grammes. On apercevait de place en place de minces bandes de tissu hépatique rougeâtre, parsemé d'un grand nombre de petites taches d'un jaune foncé de dimensions lenticulaires ; mais presque toute la surface visible était constituée par des bosselures saillantes, de coloration bleutée ou grisâtre, kystes arrondis, à parois généralement minces et tremblotantes, serrés les uns contre les autres, en nombre si grand qu'on ne pouvait songer à les compter, car à côté de ceux qui atteignaient le volume de grosses oranges, de mandarines ou de marrons, s'en trouvaient beaucoup de la grosseur d'une petite bille ou d'une noisette. Les faces supérieure et inférieure, les bords étaient également cachés ou déformés par ces productions kystiques dont le contenu paraissait transparent.

Aucun autre kyste n'a été constaté, ni dans le péritoine, ni les viscères abdominaux ou thoraciques.

La vésicule biliaire était indemne et normale.

Les deux reins étaient volumineux et atteints de tuberculose caséo-ulcéreuse ; la vessie présentait des lésions

végétales et ulcéreuses. Sur l'un des reins, se voyaient deux kystes de la grosseur d'une cerise, contenant un liquide d'aspect trouble et d'odeur urineuse.

Le diagnostic de kystes hydatiques, porté du vivant du malade, ne parut pas douteux de prime abord à l'autopsie d'après l'aspect extérieur du foie, malgré le nombre extraordinaire des kystes. (Murchison en ayant trouvé jusqu'à 100 chez un même sujet.) Mais la coupe de l'organe, qui n'avait pas été faite au moment de l'autopsie pour qu'on pût montrer à la Société l'aspect extérieur de la pièce dans son intégrité, une fois pratiquée, a montré : que les kystes incisés ne contenaient pas de membranes hydatiques ni de vésicules filles, — que, si le contenu de la plupart était transparent et incolore, quelques-uns contenaient une masse gélatiniforme rougeâtre — et que, si les parois de certains étaient d'une minceur pelliculaire, il en était dont les parois étaient épaisses et d'aspect fibreux.

Dès lors, comment interpréter le cas ? S'agirait-il réellement d'innombrables kystes hydatiques transformés ? Dans ce cas, il serait important de noter la réaction de fixation négative.

S'agit-il d'une dégénérescence kystique, analogue à celle qui est bien connue pour le rein, mais qui ne paraît pas avoir été jusqu'ici signalée dans le foie de l'homme ?

EXAMEN MICROSCOPIQUE

A. — *Coupes passant par des îlots de parenchyme
non kystique*

A côté de lobules composés de cellules à réactions colorantes normales, on rencontre des îlots de cellules hypertrophiées et hyperplasiées ; par places, des lobules entiers sont atteints de dégénérescence graisseuse totale.

Entre les divers groupements cellulaires, il existe des traînées de cellules embryonnaires ; par places, ces cellules lymphoïdes s'unissent pour former des follicules, avec ou sans cellules géantes, d'autres complètement caséifiés.

L'examen microscopique de l'espace porte présente un intérêt particulier ; il est rarement normal, avec ses divers éléments engainés par un tissu conjonctif jeune. Le plus souvent, le tissu conjonctif est beaucoup plus abondant qu'à l'état normal, il est aussi plus adulte et en voie d'évolution fibreuse. Il est surtout développé au niveau de l'espace porte, mais il atteint également la veine sus-hépatique centrale, déterminant une mince couronne autour de ce vaisseau. Des travées fibro-conjonctives peu épaisses réunissent aussi les zones portales et sus-hépatiques, sans déterminer des îlots aussi marqués que dans la cirrhose de Laënnec : en somme, sclérose très accusée.

Les divers éléments de l'espace porte sont atteints de leur côté. La veine offre des lésions de péri et d'endophrébite. L'artère hépatique est frappée de sclérose au niveau de ses diverses tuniques et parfois même complètement oblitérée. Le conduit biliaire se retrouve, soit normal, avec son revêtement épithélial cylindrique, soit un peu plus dilaté qu'à l'ordinaire, avec l'assise épithéliale détachée de la paroi, probablement lésion cadavérique.

A côté de ces éléments normaux, et séparés d'eux par des cellules embryonnaires, on trouve des néo-canalicules biliaires en nombre variable. Mais, si la plupart de ces éléments ont leur structure habituelle, d'autres présentent une vraie lumière centrale, tapissée par une rangée de cellules épithéliales ; à côté d'eux, se trouve le conduit biliaire type.

Au niveau d'autres espaces portes, où le tissu fibreux élastique est très dense, on rencontre, à côté de néo-canalicules, des fentes, des cavités de forme irrégulière, avec un substratum fibreux et tapissés d'un épithélium assez bas, unistratifié, formé de cellules cubiques à noyau volumineux et très fortement colorées. Ces cavités ont parfois un volume assez considérable pour être même visibles à la loupe ; elles contiennent ordinairement une substance vaguement granuleuse, légèrement colorée en jaune. Notons, à côté de ces divers éléments, normaux ou anormalement développés au niveau de l'espace porte, quel-

ques cellules hépatiques aberrantes et des vaisseaux néo-formés.

N'oublions pas de signaler dans certains espaces des foyers hémorragiques et, entre les lobules, de nombreux hématies infiltrés aussi entre les cellules hépatiques, globules rouges isolés et provenant de ruptures vasculaires terminales.

B. — *La coupe intéresse ici une partie du parenchyme hépatique non kystique, mais où il existe de petites taches jaunâtres (signalées à l'examen microscopique).*

Nous trouvons encore des espaces portes très agrandis par suite du développement du tissu fibreux. La veine porte est très distendue ; l'artère hépatique, souvent oblitérée par un feutrage conjonctif. Le conduit biliaire a persisté, mais sur un des confins de l'espace, à côté de néo-canalicules types, le tissu scléreux est creusé de cavités toutes tapissées d'une assise épithéliale prismatique ou cubique très basse. Entre ces cavités et les cellules hépatiques voisines, notons un groupe de cellules rondes, sans formation folliculaire.

Il semble qu'il s'agisse ici d'une formation angioma-teuse, mais c'est un angiome biliaire, dont la structure se relie aux néo-canalicules biliaires par des intermédiaires régressifs.

Au niveau d'un des autres points jaunes, nous avons à peu près le même aspect microscopique : travées fibro-élastiques groupées en îlot, délimitant des cavités ; à la périphérie, l'assise épithéliale basse persiste ; au centre, les travées sont comme résorbées ; les cellules ne sont plus colorables et c'est à peine si on distingue leur squelette basal élastique. Ici et là, sur les confins de l'îlot, on rencontre quelques néo-canalicules et des vaisseaux embryonnaires.

Notons dans quelques cavités un bloc de boue biliaire.

*C. — Coupe intéressant une portion polykystique
du parenchyme*

Voici un pont de tissu reliant deux kystes : il est formé de tissu fibreux dense, avec de très rares cellules conjonctives : autour du kyste, la gaine annulaire de tissu fibro-élastique est très épaisse, autour des éléments de l'espace forte, il forme des manchons isolés et l'artère hépatique est atteinte de péri et d'endartérite. Par places, on retrouve des néo-canalicules voisins de fentes, de conduits, même de petites cavités, de forme plus ou moins régulière, tapissées d'un épithélium cubique : certaines contiennent un petit amas granuleux et brunâtre comme nous l'avons signalé plus haut. Puis ces éléments disparaissent et le tissu fibreux reparaît pour former le pourtour d'un kyste sous-jacent au premier.

Sur cette assise fibreuse des deux kystes, repose un épithélium unistratifié, bas, cubique, et si, en certains points, il semble que l'épithélium ait plusieurs couches, cet aspect ne tient qu'à une inclinaison oblique de la coupe. Parfois, l'épithélium semble pousser des prolongements dans l'intérieur de la cavité.

Dans ce tissu fibreux, enfoncé en coin entre deux promontoirs de cellules hépatiques et servant de pont entre deux kystes, signalons aussi quelques cellules rondes plus ou moins groupées, des néo-vaisseaux avec hématies.

En un point de la paroi du second kyste, diamétralement opposé à la zone précédemment décrite, nous retrouvons encore, en plein tissu fibreux, un groupe de néo-canalicules avec cellules persistantes en plein tissu scléreux. Partout ailleurs, les cellules hépatiques atteignent le rebord fibreux du kyste et reposent directement sur lui.

D. — *Fragment prélevé dans la paroi d'un kyste moyen*
(*dimension d'une noix*)

Il est formé de pur tissu fibreux et, par places, on retrouve quelques cellules hépatiques plus ou moins altérées, semblant résulter de leur emprisonnement par accollement de deux parois kystiques voisines.

Par places, signalons quelques assises cellulaires, accolées sans fentes, de petites cavités tapissées d'une couche

épithéliale cylindro-cubique ; ce sont vraisemblablement des conduits d'origine biliaire.

En dedans, le tissu fibreux est tapissé d'une assise de cellules prismatiques ou cubiques, desquamées par places.

Certains grands kystes (mandarine ou orange) ont une paroi très mince ; celle-ci est constituée par des travées fibreuses longitudinales ; entre elles persistent quelques débris granuleux, rougeâtres, d'origine hématique. En dedans, on trouve des zones encore tapissées d'un épithélium plus haut avec gros noyau très coloré ; les cellules sont plus volumineuses que dans les petits kystes.

Liquide contenu dans les kystes. — Son aspect varie : tantôt incolore, tantôt légèrement opalescent, tantôt jaunâtre, ou jaune verdâtre.

Après centrifugation, on ne trouve dans le culot aucun élément histologique.

A l'ébullition, il se forme un coagulum albumineux, renforcé par l'acide acétique.

Le liquide ne contient pas de pigments biliaires normaux, mais une quantité variable d'urobiline. On y trouve aussi du chlorure de sodium.

Les divers milieuxensemencés avec le liquide kystique sont restés stériles.

Injecté à des cobayes par doses de 10 centimètres

cubes, il n'a pas déterminé de troubles toxiques et n'a pas tuberculisé les animaux.

En résumé, l'étude anatoma-pathologique a révélé deux ordres de lésions.

Les unes primitives, concomittantes, synchrones et parallèles, ayant abouti à de la cirrhose diffuse de l'organe, et à la formation de kystes plus ou moins volumineux, développés aux dépens des néo-canalicules biliaires : cette transformation kystique, très lente, a vraisemblablement débuté dans la période embryonnaire : vraie dysembryoplastie (Létulle).

Le second groupe de lésions, tuberculose hépatique et dégénérescence graisseuse consécutive est secondaire et tardif, quoique ce soient elles qui aient contribué à la mort : le foie a été longtemps suffisant, grâce aux réactions de défense (hypertrophie et hyperplasie cellulaires).

Reins. — Ils présentaient des foyers tuberculeux caséifiés et deux ou trois petits kystes.

Dans la région corticale, il existait des lésions de sclérose diffuse prédominant autour des artères et des glomérules dont plusieurs sont complètement atrophiés.

Nombreux néo-vaisseaux gorgés d'hématies et foyers hémorragiques abondants dans la région des tubuli et à l'intérieur des glomérules.

Lésions desquamatives au niveau des tubuli et des

anses de Henle, certains sont complètement oblitérés par les détritux cellulaires.

Infiltration embryonnaire intense par places, au niveau de la corticale comme de la médullaire : quelques follicules tuberculeux. Les kystes étaient de structure analogue à celle qu'on rencontre dans la néphrite interstitielle : pourtout fibreux, épais, tapissé en dedans par un épithélium bas, presque plat. Signalons, dans la couche corticale, un petit noyau blanc, formé de cellules claires à type surrénal, séparé du parenchyme par une zone fibreuse assez dense.

La vessie présentait des lésions de tuberculose ulcéro-végétante typiques.

La rate. — Macroscopiquement aussi bien que microscopiquement, il a été impossible de découvrir le moindre kyste. Les lésions étaient constituées par de la sclérose diffuse, analogue à celles qu'on rencontre dans la cirrhose de Laënnec.

Pancréas. — Pas de kystes microscopiques ; lésions de sclérose diffuse surtout interlobulaire.

Poumons. — Au sommet droit, il existait des lésions tuberculeuses cicatrisées et il n'existait aucun foyer en activité.

OBSERVATION N° 4

MM. Apert, médecin de l'hôpital Andral, et Leblanc, interne des hôpitaux. — Foie polykystique.

C'est le foie d'une malade de 60 ans, entrée à l'hôpital Andral au mois de décembre 1911, dans un état de cachexie profonde avec émaciation extrême, température élevée, escarre sacrée. Elle a succombé à ces accidents trois jours après son entrée. L'autopsie a révélé des lésions de tuberculose pulmonaire anciennes, sur lesquelles s'était greffée une granulie terminale.

Le foie, d'un volume et d'un poids normaux, de coloration pâle, présentait au niveau de la convexité du lobe droit, un kyste du volume d'une grosse noix, régulièrement arrondi, enchâssé dans le parenchyme, à paroi nacrée, nettement indépendante du tissu environnant. L'aspect était celui d'un kyste hydatique.

Un examen attentif montra l'existence de plusieurs kystes plus petits, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, répartis à la surface du foie.

On put en compter quatre sur la convexité, plusieurs à la face inférieure, dont un au niveau du lobe carré et deux sur le lobe gauche.

Ces kystes contenaient un liquide clair, légèrement citrin, riche en fibrine. Il fut impossible d'y retrouver des scolex, ni des crochets isolés, des vésicules proligères ;

l'ouverture du gros kyste démontra l'absence d'une membrane germinative tapissant la face interne de la paroi et l'impossibilité de cliver la paroi en feuillets de livre.

Tous ces faits obligeaient d'éliminer complètement l'hypothèse de kystes hydatiques multiples du foie.

C'est alors que nous avons pratiqué l'examen histologique de la pièce.

Le parenchyme hépatique présente des lésions diffuses de dégénérescence graisseuse. En certaines régions des coupes, toutes les cellules ont subi la transformation adipeuse.

Il y a de la sclérose périportale. Chaque espace de Kiernan est occupé par un îlot de tissu fibreux, au sein duquel les éléments vasculaires sont nettement reconnaissables. Les canaux biliaires ont un aspect variable : obstrués par places, dilatés en beaucoup de points, ils sont tapissés par un épithélium cylindrique simple bien différencié.

De place en place, existent des cavités microscopiques, isolées au milieu du parenchyme hépatique, entourées d'une couche de tissu fibreux les séparant du tissu environnant. Ces cavités ont une paroi formée d'une couche de cellules cylindriques étroites, elles ont un contenu d'apparence fibrineux. Elles sont de forme variable, ici arrondies ou quadrilatères, là aplaties et allongées en forme de canal, sur des coupes. Toutes se trouvent dans

des espaces portes et semblent des canaux biliaires dilatés.

Une coupe faite au niveau de l'un des kystes trouvés à la surface du foie, décèle les faits suivants :

Un contenu fibrineux, sans éléments cellulaires.

Une paroi formée d'une mince couche de tissu fibreux, qui, par sa face interne, répond à la cavité du kyste, dont elle est séparée par une couche de cellules très aplaties.

La face externe répond au parenchyme hépatique qui ne présente pas à ce niveau de lésions plus accentuées que dans les autres points de l'organe.

Il nous a semblé que ce cas de foie polykystique était intéressant par le volume considérable pris par un des kystes, qu'à un examen superficiel on pourrait confondre avec un kyste hydatique du foie.

OBSERVATION N° 5

MM. Verger et Charrier. — Journ. de médecine de Bordeaux, octobre 1910.

V. et C. présentent un foie pour kyste variant de la grosseur d'une tête d'épingle à un gros pois, présentant une paroi propre constituée par une membrane blanchâtre, épaissie par endroits et amincie dans d'autres. Cette paroi est formée par une lame fibreuse distincte avec de rares noyaux. A la face interne, il n'y a pas trace

de revêtement épithélial. La face interne paraît nue par endroits, à d'autres elle semble revêtue d'une matière amorphe d'aspect vaguement granuleux.

Congestion des capillaires sanguins. Pas de cirrhose biliaire, ni d'inflammation des canaux biliaires. On trouve seulement en quelques points des dilatations creusées en plein tissu hépatique, qui ne semblent pas être des kystes biliaires. Cependant, les kystes congénitaux sont, pour eux, souvent revêtus d'un épithélium cylindrique à cils vibratils et les autres kystes ont toujours un épithélium et sont accompagnés d'une cirrhose prononcée. Comme après la mort, l'épithélium tombe souvent dans la cavité kystique, les auteurs ne concluent pas, mais ils semblent incliner vers l'hypothèse de kystes congénitaux.

OBSERVATION N° 6

M. Baraduc, interne provisoire, 1876. — Kyste du foie.
: Ce foie provient d'une femme de 70 ans, atteinte d'hypertrophie cardiaque et morte d'une fièvre cérébrale dans le service de M. Bernard, aux Ménages. Aucun phénomène particulier n'avait été constaté pendant la vie.

A l'œil nu, le foie se compose manifestement de deux parties : une saine et une morbide. Celle-ci est constituée par des kystes plus ou moins volumineux, dont le siège

principal se trouve au niveau du lobe gauche et de l'éminence porte postérieure, laquelle se trouve considérablement diminuée de volume, mais saine dans ce qu'il en reste.

Ces kystes semblent sortir du parenchyme et soulever la capsule de Glisson, ainsi que le péritoine qui la double, ils sont très rapprochés les uns des autres. Dans leur intervalle, la glande est saine dans les points où deux kystes ne l'ont pas trop fortement comprimée. Dans le cas contraire, le tissu hépatique est raréfié.

Ils se composent d'une tunique externe fibreuse séparable de l'interne, beaucoup plus mince ; cette tunique fibreuse fait partie de la capsule de Glisson. Presque tous naissent de la face intérieure du foie le long des canaux biliaires, entre eux et la capsule de Glisson prolongée sur les vaisseaux portes.

Telle est la disposition des gros kystes ; parmi les plus petits, plusieurs ne sont séparés du péritoine que par une mince couche de substance hépatique légèrement décolorée ; d'autres nés près des bords du foie émergent de suite du tissu hépatique. Ils sont souvent petits et prennent naissance également entre la paroi biliaire et la capsule de Glisson, mais sur la périphérie du foie.

Quant aux kystes variant de la grandeur d'un pois et moindre à celle d'une orange bosselée par place, ils sont groupés, comme le montre leur dissection, le long des

canaux biliaires et vont en diminuant de volume à mesure qu'on arrive vers des canaux plus fins.

Ces kystes semblent formés aux dépens des glandules biliaires, dont les culs-de-sac sont réunis normalement à l'embouchure par un collet assez long, lequel serait obli-téré dans ce cas.

La tunique la plus intense est très mince.

Elle contient un liquide tantôt blanchâtre, un peu vis-queux ; d'autres kystes sont formés par un liquide contenant des grumeaux d'une matière légèrement jaunâtre, dont l'aspect général approche du vert clair.

Le liquide que j'ai examiné au microscope, contient de l'épithélium granuleux, mais surtout de petits amas d'aspect gras-seux, enfin des cristaux de cholestérine.

Les voies biliaires paraissent d'ailleurs être saines.

Les artères hépatiques étaient bien plus volumineuses dans tout le domaine kystique que dans la portion saine du foie, tandis que la veine sus-hépatique était par points comme un simple cordon fibreux.

En résumé, la dissection permet de constater : 1° le groupement des kystes autour des canaux biliaires ; 2° l'état d'intégrité du foie dans les portions dépourvues de kystes, son amincissement dans les portions kystiques allant jusqu'à la disparition, sans qu'il y ait en aucun point un tissu étranger ; 3° le développement du kyste entre la paroi biliaire et la capsule de Glisson, le long des

canaux biliaires, l'ensemble représentant une grappe ;
4° la présence de cholestérine dans le liquide des kystes ;
5° le développement du système biliaire, du système artériel hépatique, le rétrécissement du système veineux sus-hépatique dans le domaine des kystes, sont aussi remarquables.

OBSERVATION N° 7

M. Guénot. — Noyaux cancéreux secondaires et kystes du foie.

—G. Lec..., 49 ans, employé, ayant eu la syphilis il y a 30 ans et présentant une hépatomégalie avec subictère, est envoyé le 11 mai 1909 à l'hôpital Saint-Louis avec l'hypothèse d'accidents hépatiques tertiaires. Mais l'interrogatoire du malade (anorexie élective, amaigrissement considérable depuis 4 mois) et son examen (faciès terreux, subictère des conjonctives, grosse hypertrophie irrégulière du foie, qui déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, tumeur épigastrique, etc.), font faire le diagnostic de cancer avec propagation au foie. L'affection évolue rapidement, la cachexie progresse très vite, et le malade meurt le 30 mai.

L'autopsie est faite le 31 mai. Il s'agit d'un cancer primitif du pancréas, lequel, totalement pris, est plus gros que le poing. Il y a plusieurs petits noyaux secondaires

arrondis dans l'estomac près du cardia et le long de la petite courbure, d'autres noyaux ulcérés à la partie inférieure de l'œsophage. (A noter que le malade n'a jamais eu ni dysphagie, ni vomissements.) On trouve encore un noyau cancéreux dans la capsule surrénale gauche et dans le rein droit. Mais la pièce la plus intéressante est le foie. Il est énorme, pèse 3 kilos 600 et sa surface extérieure est marbrée par de nombreuses voussures, les unes dures, les autres ramollies, fluctuantes. A la coupe, il est farci de noyaux cancéreux nodulaires du volume d'une noisette à celui d'une mandarine. Leur centre est plus ou moins ramolli et plusieurs contiennent une substance colloïde. D'autres noyaux sont remplis d'un liquide jaune louche, ils sont arrondis et le liquide est entouré d'une enveloppe assez peu épaisse. Ce sont de véritables kystes, dans lesquels on n'a d'ailleurs pas vu de crochets d'hydatite.

Ce foie nous a paru remarquable par la grande quantité des noyaux secondaires, et surtout la coexistence de ces kystes assez nombreux, quoique moins abondants pourtant que les noyaux cancéreux typiques.

OBSERVATION N° 8

M. Pierre Merle, interne des hôpitaux. — Foie tuberculeux kystique. (Travail du laboratoire de M. le Professeur Pierre Marie à la Faculté de médecine.)

L'histoire clinique de ce vieillard de 75 ans, mort à l'infirmerie de Bicêtre peu de temps après son entrée, se réduit à peu de chose. Les phénomènes stéthoscopiques indiquaient une tuberculose avancée du sommet droit, le début remontant à plusieurs années. L'attention fut cependant attirée du côté du foie : le malade se plaignait de douleurs dans l'hypocondre droit.

A l'autopsie, on trouve le poumon droit très adhérent ; on ne peut même l'arracher que par fragments. A la coupe, il existe des cavernes multiples du volume d'une noix à un œuf de pigeon. Ces cavernes sont limitées par des parois scléreuses ; il ne semble pas y avoir de tubercules en évolution. Une sclérose péribronchique très accentuée se retrouve au voisinage et même à distance dans le reste du parenchyme. Le poumon gauche ne paraît pas atteint.

Le cœur est mou, très surchargé de graisse, l'épaisseur du myocarde est amincie, le muscle est jaunâtre. On remarque, au premier abord, des taches plus jaunes, multiples très petites ou du diamètre d'une pièce de 50 centimes, sans limites précises, qui font penser à un processus de sclérose (l'examen histologique a vérifié cette apparence). Les valvules sont saines, les vaisseaux ne montrent d'oblitération en aucun point.

La rate est volumineuse, très congestionnée, avec de nombreuses ponctuations blanchâtres, qui apparaissent

par contraste (l'examen histologique a montré une tuberculose discrète, la plupart des points blanchâtres sont des follicules de Malpighi).

La prostate, le pancréas, le thyroïde ne présentent rien d'anormal macroscopiquement.

Le foie n'est pas très volumineux : les côtes ont laissé fortement leur empreinte sur la surface. Les kystes apparaissent dès l'ouverture de l'abdomen, sur la convexité de l'organe. C'est même dans cette région, sous la capsule, qu'ils sont le plus nombreux. Par les coupes, on trouve les kystes disséminés dans tout le parenchyme, les plus petits sont comme une grosse tête d'épingle, les plus grands du diamètre d'une pièce de 1 franc. Ils sont très nombreux, leur contenu est tantôt citrin, tantôt constitué par un liquide un peu trouble. Parfois on rencontre dans un kyste plusieurs petites logettes avec des cloisons inter-alvéolaires : cette disposition n'est cependant pas fréquente. En aucun point il n'existe de boue biliaire, il n'y a aucune ressemblance entre ces kystes, possédant tous une paroi nette et les foyers de désintégration et de nécrose qui constituent les cavernes biliaires.

Le rein présente aussi quelques kystes, mais peu volumineux et peu nombreux. La substance corticale n'est pas diminuée, mais, à la partie supérieure des pyramides, l'aspect légèrement marbré, avec de petites traînées laiteuses, indique un processus de néphrite.

Examen histologique. — Foie. — Kyste constitué. —

Les kystes que nous avons examinés, sur un grand nombre de coupes pratiquées en des points très variés de la glande, siègent toujours au milieu du parenchyme hépatique très altéré que nous étudierons plus loin.

Leurs parois sont constituées par une bande de tissu conjonctif d'épaisseur variable. Cette paroi est souvent assez mince. Parfois elle manque presque complètement et l'épithélium de revêtement repose directement sur le tissu hépatique avec interposition de quelques fibres conjonctives. Les follicules tuberculeux parenchymateux avoisinent les parois kystiques et les entament en certains endroits : les faisceaux conjonctifs s'interrompent et des amas lymphoïdes et épithéloïdes pénètrent vers la lumière : des lymphocytes arrivent jusqu'à la paroi interne de la cavité kystique.

Du reste, indépendamment de cette atteinte par les follicules tuberculeux plus ou moins évolués et plus ou moins typiques, les parois conjonctives des kystes présentent de nombreuses cellules rondes qui s'orientent suivant le sens des fibres conjonctives en traînées espacées, ou bien se groupent en amas plus compacts.

On rencontre aussi, en beaucoup d'endroits, des pseudo-canalicules biliaires disposés entre les fibres conjonctives. Les cellules qui les constituent ressemblent tout à fait aux cellules épithéliales du revêtement kystique.

La paroi interne des kystes est tapissée par un épithélium. Il y a, en général, plusieurs rangées de cellules cubiques ou même légèrement aplaties. Le revêtement n'est pas très régulier : les cellules sont du reste fréquemment desquamées et détachées de la paroi ; on observe alors des lambeaux qui peuvent changer d'orientation et apparaître étalés en surface. Certaines cellules présentent un gros noyau clair, d'autres un noyau plus petit et plus riche en chromatine. Assez fréquemment, on peut voir un noyau bourgeonnant ou bilobé, indice d'une certaine activité cellulaire qui peut être envisagée comme jouant un certain rôle dans la formation des kystes. En d'autres points, les cellules sont aplaties, leur noyau devient ovoïde et s'allonge : le revêtement prend une apparence endothéliale.

Les kystes, quelquefois arrondis, sont plus souvent irréguliers sur les coupes.

Canaux biliaires et formations intermédiaires. — Tel est l'aspect du kyste constitué ; voyons maintenant ce que sont les canalicules biliaires dans le reste de la glande.

Dans les espaces portes, les lésions sont marquées par un léger degré de sclérose, accompagnée d'infiltration embryonnaire, qui porte surtout sur les parois des canalicules biliaires, mais intéresse aussi les vaisseaux qui présentent un peu d'augmentation d'épaisseur de leurs

parois. La sclérose ne s'étend pas au delà de l'espace porte, pour s'irradier dans le reste du parenchyme : elle reste localisée et coïncide toujours avec l'inflammation à type lymphocytaire ou plus nettement tuberculeux, s'accompagnant de tissu épithélioïde et de nécrose. Souvent, les cellules rondes traversent la paroi conjonctive des canalicules et se mélangent aux cellules épithéliales. Cet épithélium paraît, lui-même, très fréquemment modifié : désorienté, proliféré, il arrive à occuper tout l'espace et à obstruer plus ou moins complètement la lumière du conduit.

Il nous a été possible de retrouver des intermédiaires entre le kyste constitué et le canalicule portal altéré, mais non dilaté. En un point, on tombe sur un groupe d'alvéoles assez larges, entourés d'une paroi conjonctive assez mince et peu infiltrée de lymphocytes. A l'intérieur est un épithélium assez particulier ; il est formé par des cellules à noyaux généralement ovalaires, semblables à celles qui forment le revêtement des kystes. Cet épithélium se présente sous la forme de bandes assez larges qui forment des sinuosités. Il occupe une surface importante, mais il faut considérer qu'il n'est détaché de la paroi et s'est probablement renversé sur les coupes pour apparaître étalé. Il existe 5 ou 6 de ces alvéoles placés les uns à côté des autres pour figurer une sorte d'angiome biliai-

■

re à contenu épithélial abondant, d'aspect assez particulier.

En d'autres endroits, de petites cavités ressemblent aux formations précédentes : elles en diffèrent par un revêtement conjonctif beaucoup plus mince et par un épithélium beaucoup moins abondant, réduit à une file sineuse de quelques cellules qui flotte dans la cavité.

Enfin, dans un espace porte assez scléreux et infiltré de cellules rondes, nous avons trouvé une dilatation canaliculaire qui nous paraît très instructive.

Elle est entourée par une paroi épaissie, infiltrée de nombreuses cellules rondes, abondantes à la fois vers la périphérie et dans la zone interne de cette paroi, autour de la lumière. Le centre est occupé par des cellules de type épithélial se présentant parfois groupées, mais pour la plupart disséminées, altérées, à noyau pycnotique ou fragmenté et mélangées à des débris amorphes. Au milieu de ces cellules, provenant du revêtement canaliculaire, sont d'assez nombreux lymphocytes contribuant à obstruer la lumière. Il s'agit donc d'un canalicule biliaire dilaté en même temps que profondément altéré par le processus inflammatoire : épaississement et infiltration de la paroi, altérations de l'épithélium de revêtement. Cette modification inflammatoire, d'origine évidemment tuberculeuse, portant sur toutes les parties constituant d'un canalicule, nous semble une des notions les plus

importantes à retenir de notre examen histologique. La pathogénie des kystes dans notre cas est probablement complexe, mais nous croyons qu'ils ont surtout leur origine dans cette atteinte inflammatoire des parois.

Etat du parenchyme hépatique. — Le parenchyme glandulaire est profondément altéré. Les amas tuberculeux criblent absolument la surface des coupes, sans qu'il soit possible de chercher une systématisation quelconque. Beaucoup, comme nous l'avons dit, sont au voisinage des kystes, d'autres sont en plein lobule. Certains sont typiques comme structure, zone de nécrose au centre, tissu épithélioïde, cellules lymphoïdes, disposées le plus souvent par groupements irréguliers. D'autres moins étendus montrent une région centrale en voie de nécrose et une périphérie occupée par des débris nucléaires et des lymphocytes.

Tout autour des cellules hépatiques, sont occupées par de volumineuses vacuoles graisseuses.

Leur dégénérescence se manifeste encore par un protoplasme granuleux et un noyau parfois extrêmement pâle. Certaines cellules sont mêmes réduites à une petite masse de substance amorphe.

Dans les parties les mieux conservées, qui sont aussi les plus distantes des follicules tuberculeux, des travées hépatiques persistent dans leur continuité : on y voit des cellules hyperthrophiques tant par leurs masses proto-

plasmiques que par leurs noyaux volumineux et hyperchromatiques. Les travées glandulaires sont, en général, écartées les unes des autres et séparées par du sang. Le mélange de toutes ces lésions, tuberculeuses, congestives, dégénératives, donne à l'organe un aspect bouleversé très caractéristique.

Rein. — Comme nous l'avions vu par l'examen microscopique, il s'agit de kystes relativement rares et non pas d'un rein polykystique presque totalement intéressé, comme dans l'observation de Curtis et Carlier (1).

Les kystes siègent surtout dans la région corticale et particulièrement à la limite supérieure des pyramides, quelques-uns, au contraire, tout près de la capsule. Dans la zone des tubes droits, il en existe de petits ne dépassant pas six à huit fois le diamètre des tubes excréteurs environnants.

Il n'y a aucune enveloppe conjonctive ou scléreuse autour de ces kystes, limités par du tissu rénal seulement un peu refoulé avec aplatissement des tubes voisins.

Le revêtement épithélial fait défaut dans beaucoup de ces cavités, d'autres présentent un épithélium cubique.

Les tubes droits sont écartés les uns des autres, dans la presque totalité de l'organe, par un tissu lâche, comme

(1) Curtis et Carlier. Rein polykystique tuberculeux. — Arch. de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, 1905.

œdémateux, d'aspect mucoïde. Les fibres conjonctives y sont difficilement colorées et les noyaux y sont très rares.

On trouve aussi de nombreux capillaires dilatés et des hémorragies d'importance variable.

Les glomérules de Malpighi, à part certains que nous décrirons avec les follicules atypiques de tuberculose, présentent seulement un peu de congestion et pas de glomurulo-néphrite marquée.

Quant aux épithéliums, ils ne semblent pas très altérés, autant qu'on en puisse juger sur un rein d'autopsie. Nous avons cherché, sans les trouver, les boules d'excrétion sarcodique décrites par Curtis et Carlier avec détails. Presque partout les noyaux sont bien colorables.

En somme, il s'agit, dans la totalité des reins, d'un processus de néphrite subaiguë légère.

Mais à côté de ces lésions, la tuberculose s'est manifestée par de petits foyers, surtout abondants dans la corticalité. Ces follicules sont fréquents au voisinage des kystes, contre lesquels on les voit souvent accolés. Ils renferment des cellules d'apparence épithélioïde, au sujet desquelles on peut se demander s'il ne s'agit pas de cellules rénales englobées dans le follicule et dégénérées. Ces cellules sont rares et ne s'agglutinent pas pour former des cellules géantes. On trouve encore des débris de noyaux en karyolyse, mais surtout des lymphocytes extrêmement abondants, qui forment l'élément prépondérant

de ces follicules de tuberculose atypique. Le centre de ces formations est parfois en voie de nécrose manifeste. Au pourtour, les capillaires sont dilatés et gorgés de sang.

Certains petits amas inflammatoires sont seulement constitués par un groupement de cellules lymphoïdes.

Au voisinage de ces follicules, on rencontre des glomérules complètement transformés : ils sont diminués de volume et ne sont plus représentés que par une petite tache rose (hématéine-éosine) de tissu homogène et hyalin. Par le bleu polychrome, la safranine, le violet de Paris, il n'y a pas de teinte métachromatique, malgré l'aspect de dégénérescence amyloïde. Un fait frappant est la conservation parfaite de glomérules tous voisins des précédents.

On voit des glomérules atteints d'une façon moins prononcée, ayant conservé quelques noyaux, mais déjà en voie de nécrose manifeste.

Au voisinage des follicules, les tubes contournés présentent ainsi des altérations nucléaires et protoplasmiques.

Rate. — On note tout d'abord une congestion pulpaire très marquée. Les follicules de Malpighi sont peu volumineux : les cellules périphériques sont espacées, tendant à se disséminer rapidement par le fait d'une sorte de dissociation des éléments par la distension congestive.

Il existe d'assez nombreux macrophages.

Enfin, en plusieurs points, des plages de nécrose avec débris nucléaires et cellules géantes typiques, indiquent des tubercules.

Poumon. — Lésions de tuberculose scléreuse sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Prostate, glandes salivaires. — Pas d'altérations particulières et en particulier pas de dilatations kystiques.

Myocarde. — Il est le siège de lésions de sclérose diffuse assez intéressantes. Cette sclérose, très généralisée, prédomine cependant par petits îlots, qui ne semblent pas présenter de rapports avec l'irrigation vasculaire. Du reste, les vaisseaux ne sont pas altérés et montrent des parois normales. Les faisceaux conjonctifs, très ténus, dissocient les fibres myocardiques, qui perdent leurs noyaux et disparaissent presque complètement dans les zones où la sclérose est très dense. Dans les régions moins atteintes, les fibres sont fréquemment hypertrophiées, à noyaux volumineux, anguleux et hyperchromatiques. Ces lésions correspondent en partie à celles décrites en particulier par N. Fiessinger (1).

(1) Archives de méd. expérimentale et d'anatomie pathol. 1906.

OBSERVATIONS N^{os} 9 ET 10

SABOURIN. — *Progrès Médic.*, 1884. — Ayant servi à édifier sa théorie pathogénique.

N^o 1. — *Kyste formé au dépens d'un canalicule biliaire pré-existant*

Il s'agit d'un foie de phthisique, dans lequel, à la coupe, nous trouvâmes une petite tumeur du volume d'un pois, à parois épaisse, et occupée à son centre par un bloc muqueux brun verdâtre.

Les autres lésions de l'organe consistent en quelques tubercules disséminés, de la dégénérescence granulo-graisseuse du parenchyme et une angiocholite chronique à peu près généralisée. La petite tumeur était près de la surface, à quelques millimètres sous la capsule.

Sur une coupe microscopique, passant vers son centre à peu près, on voit qu'il s'agit d'un kyste contenant une sorte de magma brunâtre assez consistant et friable sous le rasoir, après l'action des réactifs durcissants.

La tumeur se compose de deux cavités accolées, séparées par une cloison transversale K, K'. La constitution de ces deux poches est identique. La surface interne de leur paroi est lisse et présente encore çà et là quelques débris de lamelles épithéliales. Ce revêtement est formé de cellules cubo-cylindriques basses, faciles à reconnaî-

tre pour les cellules des canaux biliaires d'un certain calibre.

La paroi elle-même offre deux couches principales de dedans en dehors : 1° une lame plus finement striée, de coloration un peu plus vive, et qu'il est facile de reconnaître pour une paroi de canalicule biliaire; 2° Une sorte de couche externe, non homogène, d'épaisseur variable sur les différents points du contour du kyste.

Elle est formée de faisceaux conjonctifs parallèles et dans la trame on trouve des lacunes vasculaires étroites, des traînées de noyaux, de fines artérioles, quelques fins canalicules biliaires atrophiés.

Tout à fait en dehors il y a une couche plus homogène, mince, dans démarcation nette avec la précédente. Telle est la situation de la paroi du kyste là où elle est la plus mince. Dans une autre région, elle est en rapport immédiat avec, ou plutôt elle contient dans son épaisseur un canal porto-biliaire, dont on voit la veine porte et l'artère très aplaties parallèlement à la paroi. Mais le canal biliaire principal fait défaut. C'est qu'en effet le kyste s'est développé à ses dépens. On retrouve le canicule en B, au-delà du kyste accessoire. On voit que sa lumière est un peu plus agrandie et que sa paroi se amincie en conséquence. Celle-ci porte encore presque tout son épithélium cylindrique.

Que l'on se figure autour de ces dilatations kystiques,

le tissu hépathique dont les trabécules voisines sont un peu refoulées et parallèlement dirigées à la paroi qui les refoule, et l'on aura une notion exacte de la lésion dans son ensemble.

N° 2. — *Kystes formés au dépens des néo-canalicules biliaires (angiome biliaire).*

Tout autre est l'origine du kyste dont nous allons parler. Il s'agit d'un foie de tuberculeux, foie gras, à la surface duquel il existait sous la capsule un kyste du volume d'un petit pois, kyste saillant à paroi transparente et paraissant rempli d'un liquide incolore.

La lésion générale du foie consiste en une dégénérescence graisseuse porto-biliaire très systématique, sans cirrhose véritable, mais en beaucoup de points les gaines de Glisson sont riches en éléments embryonnaires. Parfois elles sont un peu élargies par de petits foyers minuscules de transformation pseudo caniculaires des trabécules hépatiques.

Mais ce qu'il faut noter surtout c'est une angiocholite à peu près généralisée, si fréquente dans les foie tuberculeux.

Le kyste a été examiné sur des coupes parallèles à la surface du foie, lesquelles montrent que la petite tumeur répond à un léger épaissement sous-capsulaire de nature cirrhotique. Là les canaux et espaces portes sont

beaucoup plus élargie que partout ailleurs, et la coupe répond à un petit foyer de cirrhose biliaire, accident plus avancé en évolution d'une lésion qui n'est qu'en miniature dans tout l'organe.

Le kyste lui-même est cloisonné, et les cloisons ont absolument la structure de la paroi générale d'enveloppe. C'est un tissu dense, pauvre en noyaux conjonctifs, à peu près dépourvu de vaisseaux, mais contenant des pseudo-canalicules biliaires à épithéliums nucléaires. Le contenu du kyste forme une nappe grise finement grenue, sans éléments figurés, mais on y voit sur certaines coupes des lamelles très déliées plus foncées, composées d'une seule couche de cellule épithéliales pavimenteuses. La surface interne du kyste et la surface des cloisons sont revêtues d'une couche d'épithéliums également très aplatis. Sur certaines coupes, ce revêtement s'est détaché et se voit entre les cloisons sous forme de lamelles très minces où les cellules épithéliales anguleuses par compression réciproque sont vues de face.

II

Maladie polykystique Kystes chirurgicaux du Foie

OBSERVATIONS N^{os} 1, 2, 3

ZENO, J.-M. Cid et D. COSNE (Rosario de Santé F.). — Cystadénome du foie. — Communication de la Société Nationale de Chirurgie (Paris). — Séances du 10 mars 1930, 29 mars 1930.

1^o Femme de 30 ans. — Kyste de la face inférieure du foie. Quatre litres de liquide fluide, inodore, de couleur vert bouteille, flanqué d'un autre kyste plus petit (volume d'une noix) renfermant un liquide muqueux semblable à du blanc d'œuf.

Réséction de tout ce qui fut possible des deux kystes. Guérison.

Examen histologique. — Existence sur les membranes extirpées d'un épithélium cylindrique de revêtement et de formations adénomateuses dans l'épaisseur de la paroi avec tissu hépatique résiduel et prolifération biliaire pariétale.

2° Homme de 64 ans. — Trois kystes : un de 6 cm. de diamètre sur la face convexe du foie, un du volume d'une tête d'adulte face inférieure de la glande, puis au contact un autre gros comme un œuf de pigeon. Du premier kyste on retire un liquide jaune verdâtre, du second un liquide sanguinolant.

Tous deux sont reséqués en partie puis marsupiolisation. Le petit kyste extirpé en totalité.

Mort de pleurésie purulente, deux mois après.

Examen des trois kystes. — Structure identique, épithélium de revêtement manquant sur plusieurs points, épithélium cubique simple presque pavimenteux, pas de formations adénomateuses dans la paroi; nodules de tissu hépatique résiduel sclérosé; prolifération biliaire pariétale.

3° Femme de 33 ans. — Kyste du volume des deux poings à la face inférieure du foie, contenant 600 cm³ d'un liquide fluide légèrement sanguinolant.

On peut l'énucléer facilement sans hémorragie.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Pas d'examen de la pièce.

Dans les trois cas : tumeurs développées lentement sans troubles, opérées avec le diagnostic de kyste hydatique.

Casoni négatif pour les trois.

OBSERVATIONS N^{os} 4 E T5

STORNA. — Sur quelques cas de rein et foie polykystiques. La *Réforma Medica*, XIV, n^o 30, 27 juillet 1929, pp. 1008-1017.

Deux cas intéressants.

1^o Femme de 63 ans ayant un passé de lithiasé rénale avec hématurie.

Entre à l'hôpital pour de nouvelle hématuries.

Mauvais état général. Rein droit augmenté de volume.

Mort par anurie.

Autopsie. — Deux reins polykystiques, contenu clair et trouble. Parenchyme rénal presque disparu.

Sur la capsule du foie nombreux kystes allant du grain de mil à la noisette. Sur la face inférieure du lobe gauche un kyste gros comme un œuf de pigeon.

2^o Femme de 80 ans qui meurt d'œdème pulmonaire.

Reins et foie contenant des kystes de différentes tailles.

OBSERVATION N^o 6

A. MAC GLANNAN (Baltimore). — Kyste non parasitaire du foie. — *Annals of Surgery*, LXXXV, n^o 6. Juin 1928, pp. 844-847.

Femme de 30 ans présentant des crises douloureuses dans l'hypocondre droite avec vomissements.

Sur le bord antérieur du foie on sent une masse lisse, arrondie, douloureuse, qu'on prend pour une vésicule distendue.

A l'opération : kyste de 20 cm. de long sur 6 à 7 de large; 700 cm³ de liquide clair, jaunâtre.

Une fois vidé le kyste paraît se continuer avec le tissu hépatique.

La plus grande partie de la poche est réséquée.

Guérison.

Examen du kyste. — Tissu fibreux avec conduits biliaires et une zone de tissu hépatique sans connexion avec les conduits.

OBSERVATION N° 7

GRENET et MATHIEU. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 20 décembre 1927.

Tumeur du foie chez un enfant de sept ans.

Syshépotome polykystique.

Enucléo résection. — Guérison.

Le 4 octobre 1925 entré à l'hôpital Bretonneau, service de l'un de nous, un jeune garçon de 7 ans, Marcel B..., présentant une voussure considérable de la région épigastrique.

Le médecin qui avait vu l'enfant en ville et nous l'adressait avait remis une note exposant que du 12 au

20 septembre le jeune M. B... avait eu des crises douloureuses abdominales sans vomissements, avec une température oscillant entre 37°5 et 38°5. L'on remarqua alors une tuméfaction douloureuse de la région épigastrique et des hypocondres (surtout l'hypocondre droit). Peu à peu les douleurs cessèrent et la masse épigastrique aurait diminué de volume. Depuis 8 jours, c'est-à-dire jusqu'à son entrée à l'hôpital, la tuméfaction n'a pas subi de modification.

L'enfant ne possédait pas d'antécédents spéciaux, sa mère était morte de tuberculose. Il n'éprouvait pas de douleurs et ne se plaignait en aucune manière.

L'examen de l'abdomen donna lieu aux constatations suivantes :

A l'inspection. — Voussure très nette de la région épigastrique s'étendant dans les hypocondres mais surtout à droite.

A la palpation. — Cette voussure est de consistance assez ferme, la surface est lisse, arrondie, bien limitée; elle présente des bosselures de consistance plus dure dans l'hypocondre droit, plus molle dans l'hypocondre gauche. Elle semble faire corps avec le foie à la percussion.

La radiographie donne peu de précisions, la masse de la tumeur se confond avec l'ombre hépatique.

Rien à l'auscultation. Pas de syphilis héréditaire.

L'examen des urines montre simplement une diminution des éléments normaux.

Examen du sang. — Eosinophiles : 1 %;

Polynucléaires : 72 %;

Grands mononucléaires : 11 %;

Moyens mononucléaires : 15 %.

Lymphocytes : 1 %.

La température reste normale.

On porte le diagnostic de tumeur hépatique, probablement kystique. On ne pouvait affirmer qu'il s'agissait d'un kyste hépatique. Dans ces conditions une laparotomie fut décidée.

Opération, le 18 octobre 1927, par M. Paul Mathieu.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le foie apparaît très gros, de coloration un peu pâle, au niveau de la face convexe soulevée par la tumeur. Quelques adhérences laches existent entre la capsule du foie et le péritoine pariétal.

Au palper on constate une grosse tumeur dans le foie, tumeur qui contraste par sa consistance avec celle du tissu sain du foie. On put apprécier ainsi son volume : une tête de fœtus environ. Elle est bosselée et s'étend dans les hypocondres.

On protège le péritoine et l'on pratique une ponction

qui ramène un liquide jaune clair, visqueux, comme du liquide d'hydrocèle vaginale.

On incise une mince couche de parenchyme hépatique et l'on ouvre une poche kystique du volume d'un gros œuf où saillent d'autres poches. L'une de ces poches ponctionnée donne un liquide citrin, une autre un liquide d'aspect chyliforme. On recueille ces liquides pour examen.

On commence la dissection de la tumeur, les parois kystiques font corps avec le tissu hépatique et la différence de consistance avec ce tissu permet de rester au contact de la tumeur. Dans la profondeur le clivage devient plus facile et un gros amas polykystique a parois kystiques minces et enuclées. Il y a peu d'hémorragie. Deux vaisseaux seulement sont liés à part. La large brèche hépatique est traitée par points de catguts en capiton. On ferme ainsi complètement cette brèche. Un drain au contact de la ligne de sutures du foie et deux petites mèches. Fermeture de la paroi.

Suites très simples : l'enfant n'a pas été choqué; le drain et les mèches ont été enlevés au quatrième jour. Il n'y a pas eu d'écoulement de bile.

Fils enlevés au douzième jour. Nous pouvons aujourd'hui vous présenter cet enfant guéri sans incidents.

L'examen de la pièce pratiqué par le docteur Levent nous a montré qu'il s'agissait d'une grosse masse poly-

kystique analogue à celles qu'on rencontre parfois au niveau du rein.

La pièce opératoire a 15 cm. dans sa plus longue dimension, 6 à 7 dans les autres et il manque le kyste vidé opératoirement qui siégeait sous la face convexe du foie.

La coupe montre qu'elle est formée d'un agglomérat de kystes, le tissu intermédiaire ayant une épaisseur variable suivant les points, il est d'aspect fibreux et contient de petits kystes. La surface des poches est lisse, blanchâtre; le liquide des poches est tantôt citrin, tantôt laiteux.

Histologiquement les kystes, sur leur paroi conjonctive sont tapissés d'un épithélium cylindrique à cellules hautes avec noyau au triers inférieu de la cellule. En certains points existe au-dessous de la couche épithéliale de revêtement une couche de tubes épithéliaux transversalement coupés et d'aspect glandulaire. Nulle part on ne trouve de signes de transformation maligne

Nous avons fait examiner des coupes de la tumeur à M. Lecène, qui nous a répondu qu'il s'agissait certainement d'une de ces tumeurs diverses du tissu hépatobiliaire, dysembryomes biliaires ou plutôt dysheptomes qui tout en étant d'observation assez rare commencent aujourd'hui à être connus.

OBSERVATION N° 8

R. Charles ALEXANDER (Dundee). — *Edimbourd Medical Journal*, vol. XXXII, n° 2, février 1925, pp. 61-68.

Enfant de 11 ans présentant une augmentation progressive du ventre.

A l'examen on trouve une masse qui remplit tout l'abdomen à part l'hypocondre gauche. La cavité pelvienne semble cependant libre.

Cette masse est franchement fluctuante, mate et immobile. On pense à une ascite tuberculeuse enkystée et on pratique une laparotomie.

Kyste volumineux appendu à la face inférieure du lobe droit du foie, sans connexion avec la vésicule et les canaux biliaires remplissant l'abdomen.

Ouverture du kyste : liquide abondant et verdâtre.

Derrière ce kyste, seconde cavité plus petite contenant un liquide comme du méconium.

Etat grave. — Mort dans la journée.

Autopsie. — Le foie contenait cinq kystes à contenu verdâtre. Dans le liquide, mucus et cristaux de cholestérine. Ni pigments biliaires, ni pigments sanguins. Tissu fibreux avec par places revêtement épithélial.

OBSERVATIONS N^{os} 9 ET 10

Docteur AUMONT (de Versailles). — Deux observations de kystes non parasitaires du lobe droit du foie. — (Société de Chirurgie, 1924.)

Observation n° 1

Mme S..., 25 ans, entre en février 1923 à Beaujon, service du docteur M. Michon. Elle présentait une hernie ombilicale du volume d'un petit œuf, bien réductible, mais ayant tendance à s'accroître. L'opération eut lieu le 20 février 1923.

On décide de pratiquer une omphalectomie avec résection du sac et suture plan par plan de la paroi abdominale. Mais au moment de passer à ce dernier temps, on s'aperçoit d'une tumeur kystique volumineuse qui paraît siéger sous le lobe droit du foie. Rien n'ayant attiré l'attention de ce côté.

L'incision médiane est prolongée vers l'appendice xyphoïde, on se rend compte que cette tumeur lisse est égale au volume d'une grosse tête d'enfant. Elle ne contracte aucune adhérence avec l'intestin.

Le kyste fait corps par sa face supérieure avec la face inférieure du lobe droit du foie toute entière. On pense à un kyste hydatique. Cependant la coloration rosée de la poche sans tension paraît anormale.

L'abdomen est protégé, puis on fait une ponction évacuatrice de la tumeur. On absorbe près d'un litre de liquide très fluide, jaune ambré à reflets verdâtres. On le vide. On abandonne l'idée d'un kyste hydatique et on pense plutôt à un grand kyste biliaire.

La paroi du kyste est incisée, le kyste est parfaitement lisse. On constate que la vésicule biliaire adhère à son flanc gauche. On cherche un plan de clivage qui permette d'extirper le kyste en totalité.

Le docteur M. Michon, qui assiste à l'intervention, conseille de marsupialiser. La vésicule est décollée puis enlevée, le kyste est excisé en conservant une collerette suffisante pour la marsupialisation.

Celle-ci est réalisée dans la partie haute de l'incision, après un vigoureux essuyage à l'éther et badigeonnage iodé pour essayer de détruire l'épithélium dans la portion conservée. Un drain est placé et la paroi abdominale reconstituée.

Le drain est enlevé au sixième jour.

Guérison sans incident.

Examen anatomique par le docteur Moulonquet. —

Kyste épithélial à revêtement de toutes cellules cylindriques quelquefois ciliées.

Observation n° 2

Je suis appelé d'urgence, le 22 novembre 1923, par le docteur Louis.

Jeune homme de 21 ans, faciès angoissé, terreux, sueurs profuses. Il avait ressenti la veille une violente douleur abdominale qui l'avait terrassé.

Le lendemain la douleur était toujours aussi intense, elle partait de l'hyponcondre droite, pouvant correspondre à la vésicule biliaire et s'étendant transversalement en barre sus-ombilicale d'un hypocondre à l'autre, aucune irradiation.

Le malade n'avait pas vomi, puls un peu accéléré, ventre douloureux sans contracture.

Injection de morphine pour calmer la douleur.

Mon examen a lieu 27 heures après le début clinique. La douleur siège toujours à l'hypocondre droit et irradiant au moment des paroxysmes douloureux vers la gauche. Pas de vomissements, pas de selles, aucune émission de gaz. Mictions normales. Puls rapide, bien frappé à 120. Température peu élevée.

A l'examen du ventre : douleur vive dans tous les points de l'abdomen. Hyperesthésie cutanée manifeste. L'étage sus-ombilical est contracturé, surtout dans la zone où siègent les douleurs.

L'abdomen est légèrement ballonné, les flancs sonores.

Rien dans le passé du sujet ne permet de guider le diagnostic. Pas d'antécédents abdominaux.

Cependant, huit jours auparavant, le malade avait

déjà ressenti une douleur semblable, mais bien moins violente vite calmée.

On conseille cependant une intervention immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sus ombilicale. Péritoine ou vert, aucun exsudat, aucune réaction inflammatoire. Rien à l'estomac, au duodéum, à la vésicule. On est gêné pour placer une volve, étonné, je regarde le foie et assez haut sous le diaphragme on sent une saillie régulière, surélevée, rénitente.

Je pense à un kyste hydatique en imminence de rupture.

Après incision transversale sus-ombilicale, soulèvement du rebord chondral, sectionnement du ligament rond, on bascule le foie pour aborder la tumeur.

Ponction évacuatrice, liquide verdâtre bien lié ayant tous les caractères du pus.

Ouverture de la poche. Celle-ci est lisse, régulière, de la taille d'un gros œuf de cane, ne contient aucun débris hydatique, ni vésicules flétries.

On cherche un plan de clivage et on arrive à énucléer la poche toute entière.

Le foie saigne abondamment, on avait l'impression que ce plan de clivage était en plein parenchyme hépatique normal.

Le foie maintenu en bascule on passe trois gros catguts en anses profondes.

On complète par une greffe épiploïque.

Fermeture de la paroi au fil de bronze.

On laisse un drain gros et court.

Pendant deux jours, choc opératoire assez vif. Température oscillant entre 38°5 et 40°. Puis souffle tubaire de la base droite.

Guérison facile de l'affection pulmonaire.

Au quatrième jour le drain est enlevé. Guérison complète.

Examen du kyste par le docteur Moulonquet. — Kyste épithélial à hautes cellules cylindriques, quelques-unes ciliées.

A l'entour, tissu conjonctif dense.

Le liquide examiné par le docteur Debains, de Versailles : liquide trouble, verdâtre, réaction neutre. Présence légère de mucine. Granulations graisseuses très abondantes, présence de cholestérine et de biliverdine. Liquide bactériologiquement stérile.

OBSERVATIONS N^{os} 11 ET 12

[MAES (Nouvelle-Orléans). — *American Journal of Surgery*, mars 1924. Deux observations.

N^o 1. — Femme de 42 ans, malade depuis six mois.

Début par troubles digestifs (nausées, quelques vomissements).

Puis la région de l'hypocondre droit devient douloureuse et augmente de volume. On pense à une maladie de Havot.

Laparotomie exploratrice : liquide dans l'abdomen. On perçoit de la fluctuation dans le foie à travers une mince couche de parenchyme.

La ponction ramène un liquide jaune.

La poche est réséquée en grande partie mais ne peut être totalement extirpée. Marsupiolisation de la poche.

Vers le dixième jour le suintement est minime, il a disparu le quinzième.

Six mois après : malade en parfait état.

Dans le liquide pas de traces de crochets. Le kyste était formé de tissu conjonctif condensé recouvert d'un épithélium cylindrique.

N° 2. — Homme de 34 ans atteint de cholécystite.

Au cours de l'intervention, vésicule distendue volumineuse; on pratique la cholecystectomie.

On voit sur la face convexe du lobe droit un petit kyste du volume d'une grosse cerise. On l'extirpe pour examen.

Il contient un liquide brun verdâtre, ses parois sont irrégulières, d'un jaune sale et sont composées à la coupe de tissus nécrotiques.

Le parenchyme hépatique adjacent présente de la cirrhose périlobulaire avec rétention dans un canalicule biliaire.

OBSERVATION N° 13

Professeur VINCENT (Alger). — *Journal de Chirurgie*, janvier 1923.

Femme Kabyle, 40 ans, début par céphalée, étouffements. Par hasard la malade se découvre une tumeur épigastrique non douloureuse (volume d'une orange).

En 1921, la tumeur est légèrement douloureuse, étouffements et céphalée s'exagèrent, ictère léger, l'appétit diminue, les digestions son laborieuses. L'état général décline.

Examen : ictère franc. Urines foncées, pigments et sels biliaires. Décoloration incomplète des matières. Anorexie. Soif vive. Température normale.

La région épigastrique est soulevée par un dôme saillant avec point culminant un peu à droite de la ligne médiane, refoulant en avant l'appendice xyphoïde.

A la palpation : tumeur arrondie, bien limitée, régulière (tête d'enfant) s'étendant vers l'hypocondre droit, peu tendue, fluctuante, sensation du flot, aucune mobilité dans aucun sens. Mate.

Ballottement antéro-postérieur sous-ostal, pas de contact lombaire.

Flot transthoracique et transabdomino-thoracique. Pas de frémissement hydatique.

Autres organes, examen négatif.

Weiberg négatif.

Polynucléaire : 72 %.

Monucléaires : 17 %.

Eosinophiles : 1 %.

Cependant le diagnostic est kyste hydatique.

Intervention du Professeur Vincent.

Kyste appendu à la partie antéro-inférieure du lobe. du volume d'une tête d'enfant avec adhérences lâches. poche peu tendue.

Poche peu tendue.

Liquide verdâtre, trouble, 1.500 cm³.

Incision de la poche, absence de vésicules et d'hydatides.

La poche se sépare assez facilement du parenchyme.

Le foie paraît cirrhotique.

Le malade décède le cinquième jour en anurie.

OBSERVATION N° 14

SOMNTAG (Lepzig). — Kyste solitaire non parasitaire du foie. — *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, septembre 1913, pp. 327 à 378.

Femme 25 ans. Tuméfaction croissante de la région

épigastrique, tendue, fluctuante, mate.

Diagnostic posé. Kyste hydatique.

Intervention. Extériorisation. Enucléation. Suture du foie.

Guérison après pleurésie séro-fibrineuse droite.

OBSERVATION N° 15

W. SCHAOK (Pétrograd). — Zur Frage der nicht parasitaren Leberkysten. — *Archiv. Klinische Chirurgie*, t. CXXV, pp. 182, 192, 1923.

Femme de 39 ans entrée le 24 mars pour une grosse tumeur à droite de l'abdomen et affaiblissement progressif.

A l'examen, forte saillie de la région hépatique. Tumeur élastique atteignant l'ombilic. Pas d'ascite.

Une ponction ramène un liquide chocolat.

A l'intervention : kyste du foie recouvert de gros vaisseaux. On l'incise, on retire 5 litres de liquide. Le rein apparaît normal ainsi que le pancréas.

Marsupiolisation. Fistulisation. Guérison et 9 mois.

OBSERVATION N° 16

M. M. ROSENSTEIN (Moscou). — Un cas de kyste non-parasitaire du foie. (Communication à la Société des Chirurgiens russes de Moscou, séance du 27 février 1912,

in *Chirurguetchesky Archiv. Vehaminova*, t. XXVIII, n° 3, pp. 581-582.)

Il s'agit d'un homme de 47 ans qui présentait une tumeur dans la région épigastrique, empiétant davantage à droite et fusionnée avec le foie. On découvrit, en outre, deux tumeurs symétriques dans la région des reins et une tumeur dans l'hypochondre droit, de 15 centimètres de diamètre environ. On pensa qu'il s'agissait de kystes hydatiques, mais la réaction de Weinberg était négative et il n'existait pas d'éosinophilie. L'urine contenait de l'albumine et quelques cylindres hyalins, un rétrécissement de l'urètre empêcha de pratiquer un examen cystoscopique. On fit le diagnostic de kyste non-parasitaire. A l'opération, on enleva un grand kste du lobe gauche du foie, mais, en outre, on reconnut que le foie tout entier était farci de petits kystes; il en existait de semblables dans les deux reins et dans le pancréas. Guérison, qui dure encore au bout de dix mois.

La paroi kystique se compose de trois couches : 1° une couche interne formée d'un épithélium cubique bas ou aplati, manquant par endroits ; 2° une couche moyenne formée de tissu conjonctif dense avec des débris de cellules hépatiques, des vaisseaux sanguins très développés et des vaisseaux lymphatiques ectasiés par place ; 3° une couche externe de tissu conjonctif lâche et de cellules hépatiques dégénérées.

Enfin on trouva encore dans le foie quelques kystes revêtus d'un épithélium analogue à celui du tube digestif.

Rosenstein pense qu'il s'agit de cysto-adénomes avec développement de canaux biliaires.

OBSERVATION N° 17

M. TUFFIER. — Kyste non parasitaire du foie (angiome biliaire). (Société Anatomique, octobre 1912.)

Un homme de 23 ans, ne présentant aucun antécédent morbide spécial, entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale volumineuse occupant l'hypochondre droit. Il s'est découvert lui-même cette tumeur deux mois et demi avant; depuis lors, elle n'a pas très sensiblement augmenté de volume; nous pouvons en conclure qu'elle a jusqu'ici évolué lentement. J'ajoute qu'elle déterminait une gêne, une pesanteur progressives, mais sans aucun signe de lésion du foie, et l'état général de cet homme était parfait.

A l'inspection, on apercevait à droite et un peu au-dessus de l'ombilic une voussure en dôme, soulevant la paroi abdominale et mobile avec la respiration. A la palpation : tumeur irrégulièrement arrondie, qui se perd en haut sous les fausses côtes; à gauche, elle dépasse un peu la ligne médiane; à droite, elle confine au flanc droit; en bas, on perçoit nettement son bord inférieur,

irrégulier, bosselé, noueux, atteignant la fosse iliaque. La tumeur, dans son ensemble, grosse comme les deux poings, est légèrement mobile transversalement : elle est également mobile de bas en haut, mais il est impossible de l'abaisser. Elle est de consistance rénitente, mais sans fluctuation nette. A la percussion, sa matité se confond avec celle du foie, qui ne dépasse pas en haut ses limites normales; la plèvre droite est normale; il n'y a pas de frémissement hydatique.

Le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel hépatique, l'appétit est courant, les urines sont normales, l'état général est excellent.

Cliniquement, en présence d'une tumeur liquide du foie, tumeur silencieuse chez un homme jeune, en parfait état général, le diagnostic de kyste hydatique s'imposait seules les nouures et les irrégularités de son bord inférieur pouvaient faire hésiter. Le laboratoire confirmait d'ailleurs ce diagnostic; la recherche de la déviation du complément pratiquée par M. Parvu, de l'Institut Pasteur, était positive. J'opérai le malade le 30 novembre 1911. Anesthésie générale à l'éther, laparatomie médiane; je trouve un foie à surface régulière, mais dont toute la partie inférieure du lobe droit est bosselée par une tumeur multilobée, fluctuante, d'aspect polykystique, qui ne donne l'impression d'un kyste alvéolaire. Pour parfaire l'exploration et permettre une ablation de

gauche à droite, je branche sur mon incision médiane de la paroi abdominale une incision transversale. Tout le bord inférieur du lobe droit apparaît semé de tumeurs variant du volume d'une orange à celui d'une noisette; le tout bien limité, fait saillie en dehors du foie et pénètre dans l'intérieur. La ponction d'un de ces kystes donne un liquide biliaire; j'en ponctionne un autre, il s'écoule du liquide; un troisième me donne un liquide trouble, de couleur foncée. Voici ces trais échantillons conservés depuis onze mois à la glacière.

Il ne s'agissait donc pas d'un kyste hydatique, multiloculaire, et la tumeur localisée avec intégrité de tout le reste du lobe droit, et du lobe gauche était extirpable. Pensant à une maladie kystique hépato-rénale, j'explorai le rein, qui est normal, sans aucune nodosité à sa surface.

Après avoir amorcé l'isolement de la tumeur par une incision au bistouri, à la jonction du parenchyme hépatique et de la masse kystique, on la décolle patiemment et progressivement du parenchyme hépatique sain. La périphérie des kystes était limitée non pas par une membrane fibreuses, mais par du tissu hépatique un peu condensé; on put ainsi faire le tour de la masse polykystique; chemin faisant, je tamponnai et je mis trois pinces pour assurer l'hémostase; cette forcipressure ne peut s'adresser qu'à certaines parties sclérosées.

La masse enlevée, il reste une large perte d substance concave dont la surface est le siège d'une hémorragie en nappe abondante. Sous cette surface et dans ses bords, six fils de catgut n° 2 sont passés, les profonds comme dans une périnéorrhaphie et serrés modérément pour ne pas couper le tissu hépatique, mais assez pour coapter la plus large partie des surfaces cimentées; j'obtiens une hémostase complète. Drainage sous-hépatique, suture de la paroi abdominale.

Le drain laisse écouler un peu de bile et du sang; il est supprimé après quarante-huit heures. Le malade guérit sans accident. Il est revenu me voir ces jours derniers et j'ai pu constater qu'il était en parfaite santé. Son foie est normal, comme vous pouvez le voir, et ses urines ne renferment pas trace d'albumine.

Telle est l'histoire du malade. Mais quelle est la nature de cette tumeur que je vous présente? Elle a le volume de deux poings. Sa surface est bosselée, sa paroi épaisse est doublée de trousseaux fibreux visibles à l'œil nu et voici le résultat de son examen fait par M. Manté, chef de laboratoire :

Coupée suivant son grand axe, elle se montre constituée par des cavités multiples complètement isolées les unes des autres. Ces cavités sont remplies de liquides différents. Dans certaines, il est clair, transparent, analogue à du liquide de kyste hydatique, mais très riche en

albumine et contenant un léger dépôt de grandes cellules épithéliales, sans cristaux, ni pigments biliaires et aussi sans crochets. Dans d'autres, le liquide est encore transparent, mais teinté de vert par de la bile. Dans le plus grand nombre, il a l'aspect franchement biliaire ; il est très brun, assez épais ; il contient, outre des pigments biliaires, de nombreuses paillettes de cholestérine, de nombreuses cellules épithéliales mêlées à des globules rouges en grand nombre et à des leucocytes dépassant de beaucoup la proportion de ces éléments dans le sang.

Enfin, d'autres kystes, moins nombreux, renferment un liquide de consistance gélatineuse, où même d'aspect puriforme de couleur chocolat. Tous présentent une paroi lisse et unie de couleur blanc nacré, avec des piquetés ecchymotiques ; en certains points de la paroi adhère un enduit jaunâtre, variable suivant la consistance du liquide qui se trouvait à l'intérieur.

Il existe de nombreuses cloisons plus ou moins épaisses, quelques-unes incomplètes, comme si un kyste s'était ouvert dans un autre pour n'en former qu'un seul. Ces parois sont d'aspect blanchâtre. Toutefois, dans les plus épaisses, on remarque, en regardant attentivement, d'étroites bandes jaunâtres que l'examen histologique va nous montrer constituées par du tissu hépatique.

A l'examen histologique, chacune des cavités kystiques présente une paroi identique constituée essentiellement :

1° Par une paroi fibreuse très épaisse, formée de couches concentriques de tissu fibreux adulte, qui se perdent avec le tissu fibreux des autres kystes, ou se fondent dans le tissu hépatique, qui les sépare du kyste voisin. En certains points, on trouve des dépôts biliaires au milieu de ce tissu fibreux ;

2° Par une couche interne de cellules cylindro-cubiques, qui ont tout à fait l'aspect de l'épithélium des canaux biliaires.

Il est extrêmement difficile de se faire une idée nette de l'état des vaisseaux et des canalicules biliaires autour du kyste, puisqu'il s'agit d'un kyste saillant qui a été enlevé sans fragments étendus de tissu hépatique péri-kystique.

Néanmoins, dans les quelques parties des cloisons où il existe du tissu hépatique, on voit qu'au voisinage même des kystes on trouve de nombreux canalicules biliaires, les uns presque oblitérés, les autres, au contraire, dilatés, semblant déjà former de petits kystes en miniature. Tous sont le siège de lésions de péri-angiochôlite et sont entourés de puissants trousseaux de tissus fibreux adultes. Quant au tissu hépatique des cloisons interkystiques, outre qu'il est divisé par des cloisons fibreuses, il est surtout caractérisé par une atrophie marquée de la travée hépatique et une dilatation considérable de l'espace intertrabéculaire.

OBSERVATION N° 18

M. Fermo FIESCHI. — Un cas de kystes non hydatiques du foie traité chirurgicalement. (*La Clinica chirurgica*, t. XVII, n° 8, août 1909, p. 1457 à 1481.)

La rareté des kystes non hydatiques du foie est considérable ; encore plus rare si ces kystes ont été l'objet d'un traitement chirurgical. Voici un résumé de la curieuse observation relatée par F.

Femme de 52 ans. A été très bien portante jusqu'à l'âge de 42 ans. Mariée à 30 ans, elle a eu trois fils, qui sont tous bien portants. Les premiers symptômes ressentis (vers 1897, à l'âge de 42 ans) furent une douleur sourde avec sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit : à ce moment, un médecin consulté, nota que le foie était normal. L'état général se maintint assez bien pendant plusieurs années et la malade consulta plusieurs médecins qui firent les diagnostics les plus divers. Il y eu à plusieurs reprises un peu d'ictère. Peu à peu les douleurs augmentèrent, de la fièvre apparut, et, au moment de son entrée à la clinique (1907), la malade avait quotidiennement 39°5 à 40°.

A l'examen de l'abdomen, on apercevait immédiatement une voussure notable de toute la partie supérieure du ventre. La palpation et la percussion combinées montraient que le foie était très augmenté de volume. Le

lobe droit s'étendait de la quatrième côte à la fosse iliaque, le lobe gauche atteignait l'ombilic. Il n'y avait pas d'ascite appréciable, ni de circulation collatérale. Sur la partie du foie accessible à la palpation, on constatait facilement la présence de bosselures dures, élastiques, un peu douloureuses à la pression.

On hésita beaucoup à porter un diagnostic : celui de cancer secondaire du foie et celui de syphilis restaient les deux plus vraisemblables.

On se décida à faire une laparotomie exploratrice. On fait une incision verticale le long du bord externe du muscle grand droit. Le péritoine ouvert, on tombe sur le foie qui se présente avec son aspect extérieur très singulier : à la surface de l'organe, on constate l'existence de nombreuses saillies kystiques, de couleur bleuâtre et de volume très variable (avec une seringue de Pravaz, on aspire un de ces kystes, qui contient un liquide clair, un peu visqueux) ; on explore la vésicule biliaire qui est volumineuse et tendue : on en aspire le contenu qui se montre être du muco-pus. Etant donné l'état sérieux de la malade, on décide de faire une simple cholecystostomie. Pour faciliter la fixation de la vésicule à la paroi, on résèque après hémostase préalable, une partie du lobe de Spiegel, qui recouvre la vésicule et contient de nombreux kystes.

Les suites opératoires furent très simples et la malade

grandement améliorée par l'opération ; la fièvre tomba, et la quantité de bile, qui s'écoulait d'abord en abondance, diminua peu à peu pour ne plus dépasser 100 à 150 grammes par jour. On fit des lavages quotidiens de la vésicule et le foie diminua beaucoup de volume. Actuellement (deux ans après l'opération) la malade est bien portante.

L'examen du segment de foie réséqué montra un certain degré d'hépatite scléreuse interlobulaire. Les cellules hépatiques sont assez bien conservées, sans surcharge graisseuse ni pigmentation anormale. Les canalicules biliaires semblent un peu dilatées, mais on ne peut rien observer de bien décisif à cet égard. L'examen chimique du liquide qui s'écoule par la fistule biliaire montre les caractères physico-chimiques du liquide que l'on rencontre en général dans les hydro-cholécystites : ce n'est certainement ni de la lymphe, ni du liquide hydatique du kyste.

L'auteur se demande qu'elle était l'origine et la nature de cette altération polykystique du foie observée chez sa malade. Il envisage les différentes hypothèses dont les deux seules plausibles sont : dégénérescence kystique essentielle ou bien kystes biliaires par rétention et dilatation des voies biliaires. Il est difficile de se prononcer, mais l'amélioration considérable obtenue par l'interven-

tion chirurgicale, rend la sèconde hypothèse plus probable.

Les cas analogues étant excessivement rares, l'observation de F. mérite d'être consignée avec soin et montre, encore une fois de plus, la nécessité de soumettre à une laparotomie exploratrice les cas analogues.

III

Maladie polykystique du foie et des reins

OBSERVATION N° 1

M. P. DELORE (présenté par M. Pic). - Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 8 mai 1928. Maladie polykystique du foie et des reins. - Parencéphalie. — Hémiplegie infantile.

Femme de 55 ans, état cachectique. Hémiplegie infantile gauche.

Hépatomégalie énorme et irrégulière considérée comme néoplasique.

Pneumothorax spontané récent. — Albuminurie. — Œdème des membres inférieurs.

Le foie occupe les trois quarts de l'abdomen, envahissant les deux hypocondres et la fosse iliaque droite jusqu'à l'arcade crurale.

La tumeur hépatique fait une très forte saillie sous la peau de l'abdomen, saillie irrégulière avec quatre bosselures sous les téguments.

A la palpation, foie dur, surface irrégulière, marronnée

parsemée de nodosités très nombreuses, dont certaines visibles sous la peau, ont le volume d'un gros œuf de pigeon.

Aucun renseignement sur le début de cette hépatomégalie.

Pas de douleur, pas de troubles digestifs, pas d'ictère, rate non perceptible.

Pas d'ascite appréciable.

Le diagnostic posé est celui de néoplasme hépatique.

Décès après trois jours son arrivée.

A l'autopsie. — Foie énorme, constellé de kystes, souvent confluent (certains de la taille d'une orange). A leur surface, membrane fibreuse, peu épaisse; liquide visqueux et louche.

A la section parenchyme cirrhotique.

Poids, 4 kilogrammes. Vésicule normale.

Reins polykystiques moyennement hypertrophiés. Kystes sous capsulaires et intra-parenchymateux ne dépassant pas la taille d'une noisette.

Dans l'utérus, trois noyaux fibromateux.

Lésions tuberculeuses pulmonaires.

Parencéphalie de l'hémisphère droit.

A l'examen histologique (laboratoire du Professeur Favre) :

Foie. — Certaines cavités sont en nid d'abeille; au

voisinage, tissu fibreux dense, on rencontre des néo-formations rappelant les néo-canalicules biliaires.

Parois des kystes. Epithélium à une seule assise, aplati, rubanné.

Dans les petits kystes, cellules cubiques, même cylindriques.

Dans le stroma fibreux, avec les néo-canalicules biliaires, on retrouve de nombreux îlots de cellules hépatiques rappelant pour certains l'odénome.

Pas de limites très tranchées entre le parenchyme hépatique et les zones kystiques, et le parenchyme lui-même est le siège d'une réaction cirrhotique assez nette.

Rein. -- A part les cavités des lésions vasculaires d'endopéri-artérite, le parenchyme est peu modifié.

OBSERVATION N° 2

M. TAVIGNOT. — Soc. anatomique, 1840.

Reins kystiques, très volumineux, contenant un liquide jaunâtre ou brunâtre, chez une femme morte dans le coma, après convulsions. Le foie était aussi en dégénérescence kystique.

BRISTOWE. - Maladie kystique du foie et du rein. (Transactions of Pathological Society, London, 1856.)

L'histoire clinique est incomplète. Cordonnier de 53 ans, qui déclarait avoir toujours joui d'une bonne santé,

jusqu'à environ dix semaines avant son entrée à l'hôpital. Il fut pris d'une douleur vive à l'épigastre et dans le côté droit, douleur que l'on attribua à une pleurésie. Il s'alita il y a cinq semaines seulement. Les symptômes graves persistèrent et il nota alors pour la première fois que son urine était sanglante.

L'urine continua à présenter ce caractère, et à donner un abondant dépôt jaune jusqu'à la mort. Très affaîssé et très faible le jour de l'admission, il mourut deux jours après.

M. LANCEREAUX. — Dégénérescence kystique des deux reins et du foie. Lésions urémiques de l'estomac et des intestins. Albuminurie légère. (Soc. anatomique, 1864.)

Homme de 43 ans, entre à trois reprises à l'Hôtel-Dieu. Somnolence, vomissements, dyspnée, mort dans le coma. Parenchyme hépatique parsemé de cavités kystiques. Les reins, volumineux, mesurent : le gauche 24 centimètres, le droit 23 centimètres. Aspect de grappes de raisin. Contenu des kystes : cellules granuleuses, hématoïdine, cholestérine.

M. CHANTREUIL. — Dégénérescence kystique du foie et des reins. (Soc. anatomique, 1867.)

Femme de 39 ans, morte à Lariboisière, avec tous les signes d'une phthisie tuberculeuse.

Lésions tuberculeuses. Dans le foie, kystes extrême-

ment nombreux, la plupart miliaires, renfermant un liquide séreux, tapissés par des cellules aplaties.

Dans les deux reins, dégénérescence kystique générale, avec développement apparent du tissu propre du rein, contrairement à ce qui existe ordinairement.

OBSERVATION N° 4

M. JOFFROY. — Dégénérescence kystique des reins et du foie. (Soc. anatomique, 1869.)

Femme de 46 ans, morte à la Salpêtrière de pneumonie, sans avoir présenté aucun trouble urinaire. (Seulement teinte cachectique, maigreur, présomption de cancer).

Dans le foie, nombreuses cavités kystiques, du volume d'un pois à celui d'une noix. Le liquide est transparent, et sans éléments histologiques. Reins doubles de volume, de couleur brune ou chocolat. Surface mamelonnée, coupe aréolaire, liquide limpide ou brun pâle ; dans ce liquide, des globules granuleux, des amas pigmentaires et granuleux, des masses globuleuses de substance albuminoïde, avec noyau central.

M. LEBOUCHER. — Kystes nombreux du foie et des reins. Tumeur de la selle turcique dépendant de la dure-mère. (Soc. anatomique, 1869.)

Femme de 74 ans. Tuméfaction avec ténacité dans la

région épigastrique, et œdème des deux membres inférieurs.

Dans le foie, kystes nombreux, depuis un grain de millet jusqu'à une orange. Un gros, près du bord antérieur, à droite de la vésicule biliaire. L'un d'eux renfermant des membranes stratifiées d'hydatides.

Dans les deux reins, multitude de kystes séreux ou séro-sanguins de volume inégal.

OBSERVATION N° 5

M. COURBIS. — Foie et reins kystiques. Th. de doct., 1877.

Jean V., cultivateur, âgé de 62 ans, né à Saint-Denis, entré à l'hôpital le 12 septembre 1876.

Comme antécédents pathologiques, le malade se souvenait avoir eu il y a vingt ans, une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. Les applications vésicantes en auraient eu raison. Il y a quatre ans, il remarqua une tumeur, occupant la région épigastrique et descendant dans l'hypochondre droit. Cette tumeur a pris de grandes proportions, surtout depuis un an, et s'est compliquée d'un épanchement ascitique assez abondant.

Quelques troubles digestifs viennent encore aggraver l'état dans lequel il se trouve. Vu l'abondance de l'épanchement intra-abdominal, on pratique une ponction, et l'on retire quinze litres de sérosité claire et citrine.

L'exploration de la tumeur devient alors plus facile. Elle est volumineuse, envahissant la presque totalité de l'abdomen, sauf à gauche ; les bords sont résistants, mousses, la surface en est égale, bosselée, et présente des nodosités fluctuantes, ne semblant pas communiquer entre elles.

Il est à noter que notre malade n'a jamais présenté de phénomènes d'ictères, les selles et les urines sont normales. De plus, l'aspect général de cet homme, de même que la durée de l'évolution du néoplasme, permettent d'éliminer l'idée d'une tumeur cancéreuse.

Une ponction au niveau du foie à titre d'exploration, donne issue à un liquide citrin, ne contenant pas d'hydrides, ni aucune espèce de parasites.

Le 2 novembre, le malade succomba.

L'autopsie est pratiquée le 4 novembre par M. Odin, chef de clinique, et par nous. L'ouverture de la poitrine permet d'enlever les organes cardio-pulmonaires, le cœur est volumineux, à parois flasques et graisseuses, sans lésions d'orifices. Les poumons présentent un emphysème sous-pleural et interlobulaire des plus marqués. On trouve sous la plèvre viscérale, des tumeurs gazeuses de la grosseur d'une amande.

L'ouverture de la cavité abdominale donne issue à 5,6 litres de sérosité claire. Le foie est très volumineux, et, ce qui nous étonne, c'est de trouver cet organe com-

plètement recouvert d'une multitude de kystes à parois blanchâtres, laissant apercevoir par transparence du liquide citrin.

L'extraction de l'organe est entravée par une foule d'adhérence péritonéales assez solides et assez épaisses, sauf à la face inférieure, où les tractus sont assez lâches. Le poids est de 8 kilogrammes.

Diamètre transversal : 36 centimètres ;

Diamètre antéro-postérieur : 29 centimètres ;

Diamètre vertical : 11 centimètres.

La face convexe, ainsi que je l'ai dit, est hérissée de petits kystes variant de la grosseur d'un œuf à la tête d'une épingle, disséminés sans ordre et ayant envahi à peu près complètement le tissu normal. Entre les tumeurs, on voit des traînées de tissu sain qui a été refoulé par l'extension des kystes. En d'autres points, le tissu hépatique, qui a conservé son aspect ordinaire, présente des tumeurs plus petites en voie d'évolution. Il est facile de constater que, à part la dégénérescence graisseuse, le tissu est celui du foie à l'état normal.

Le bord antérieur est parsemé de kystes plus volumineux, et qui se percevaient facilement pendant la vie. A la face inférieure, nous trouvons les vésicules remplies de liquide biliaire normal sans calculs. Le hile du foie est complètement libre, et les vaisseaux ne sont comprimés par aucune tumeur. Le lobe droit et le lobe gauche sont

envahis par des poches plus volumineuses encore que celles de la face supérieure. Quelques-unes atteignent le volume d'une grosse orange. Leur paroi conserve l'apparence nacréée transparente, d'autres plus épaisses sont d'un noir bleuâtre ; quelques kystes enfin ont une paroi tantôt membraneuse, tantôt formée de parenchyme hépatique aminci par refoulement et présentent de petites vésicules transparentes de la grosseur d'un grain de millet. La capsule de Glisson est à peu près intacte, sauf en quelques points, où il y a un peu d'épaississement et des adhérences péritonéales. On la voit en l'enlevant, passer du tissu sain du foie sur les kystes de petit volume, sans y adhérer ; ce n'est que sur de plus grosses poches à parois blanches, lisses, nacréées et indépendantes les unes des autres.

Tantôt, l'isolement a lieu seulement par une membrane épaisse, semblable à la membrane enveloppante. Ce sont deux poches adossées, dont le tissu sain a été refoulé et atrophié. Tantôt, au contraire, on retrouve une mince couche de parenchyme hépatique, qui offre à la coupe la teinte jaunâtre et grasse de foie gras.

En résumé, nous trouvons une capsule de Glisson légèrement épaissie, surtout au niveau des points à frottements. Le tissu hépatique, en dégénérescence grasse simple, sans induration ni nodosités, et serrées au milieu de ce tissu qui a été refoulé, une innombrable

quantité de poches kystiques sans rapports entre elles, non plus qu'avec les vaisseaux biliaires.

Les reins présentent la même dégénérescence ; ils sont considérablement hypertrophiés. La capsule fibreuse est complètement intacte et indépendante des kystes. Ici, les tumeurs, du volume d'une noisette, ont une teinte d'un noir bleuâtre, analogue aux parois veineuses vues à travers la peau. La coupe permet de constater qu'elles sont identiques aux tumeurs trouvées dans le foie. La partie corticale et la partie médullaire des seins sont également envahies. Le parenchyme rénal est légèrement hypertrophié, surtout au niveau des pyramides.

L'estomac, la rate, les poumons, les muscles ne présentent aucune espèce d'altération. L'absence de phénomènes nerveux pendant la vie, nous a fait négliger l'examen des organes encéphalo-médullaires.

Examen du liquide. — Dans le foie, certains kystes de la surface, les plus petits, contiennent un liquide séreux, ne se coagulant pas, spontanément, renfermant une certaine quantité d'albumine et quelques chlorures. Dans les kystes plus volumineux, le liquide est légèrement sirupeux ; il contient de l'albumine, de la mucine et des chlorures ; en d'autres, il est plus épais, puriforme, ou plus ou moins teinté par de l'hématine dissoute. Ni bile, ni éléments biliaires.

L'analyse donne donc les résultats suivants, pour le foie et les reins :

Foie. — Forte proportion de mucine. Précipité assez abondant d'albumine. Quelques traces de chlorures. Pas de pigment biliaire. Pas de cholestémie. Pas de sucre. Pas d'urée.

Reins. — Liquide coloré par les éléments du sang : pas de fibrine. Très peu de mucus. Léger trouble albumineux par la chaleur. Urée : 2 grammes par litre.

Examen histologique (dû à M. Charpy). — Les lobules hépatiques sont infiltrés de graisse, surtout à leur périphérie : ils ont séparés les uns des autres en groupe de trois à quatre, par des travées fibreuses. Cette sclérose est diffuse, généralisée à tout le foie, n'atteignant nulle part un grand développement ; elle est extra-lobulaire, ne pénétrant entre les cellules hépatiques que secondairement et dans les points limités. Elle est constituée par un tissu conjonctif à fibres minces et très pauvre en cellules. Dans les espaces intra-lobulaires agrandis, circulent de nombreux capillaires remplis de globules rouges.

A côté d'eux se montrent un grand nombre de canalicules biliaires de nouvelle formation. Ils apparaissent sous forme de boyaux épithéliaux, formés de deux rangées de cellules sphériques, petites, à gros noyau devenant par pression polyédriques ou allongées. Ces canali-

cules sans lumière, décrivent des courbes sur la périphérie des lobules et pénètrent entre les cellules, où ils forment des réseaux à mailles losangiques ou rectangulaires.

Près de ces canalicules à deux rangées de cellules, on en voit d'autres qui sont plus larges et remplis de cellules épithéliales comme de gros bourgeons cylindriques. D'autres enfin, renferment à leur centre, des noyaux épithéliaux et une masse cellulaire, finement granuleuse, qui paraît être du mucus coagulé. Ce sont des canalicules à sécrétion muqueuse qui sont le point de départ des kystes. Ceux-ci apparaissent dans les espaces sclérosés sous forme de cavités elliptiques au début, et souvent au nombre de deux par espaces. Les moins grands sont composés d'une rangée de cellules épithéliales pavimenteuses, quelques-uns allongés et les faisceaux la plupart polyédriques et reposant à plat sur le tissu fibreux périphérique. Elles entourent de toute part une masse finement granuleuse, qui remplit la cavité. Au milieu du mucus coagula, se trouvent emprisonnées, des cellules épithéliales, des globules rouges, des globules blancs avec granulations d'hématoïdine. Dans quelques-uns de ces kystes, la paroi est formée, non par une seule rangée, mais par deux rangées de cellules agglomérées.

Dans aucun de ces kystes et à aucune période de leur développement, on ne trouve de granulations biliaires, ni de crochets d'hydatides. Les plus grands sont liquides, ce

qui tient vraisemblablement à ce que la sécrétion muqueuse y a été remplacée par un exsudat séreux. Il s'agissait donc d'une sclérose interlobulaire avec formation de canalicules biliaires nouveaux, et ces nouveaux canalicules ont subi la dégénérescence kystique, et cela à un degré tel que cette lésion secondaire et accessoire primitivement, a fini par devenir prédominante.

Ces kystes, purement muqueux au début, sont devenus séreux par la suite, avec hémorragie et liquide purulent en quelques points. L'absence chimique et histologique de tout élément certain, même dans les plus petits kystes, l'absence de tout canal biliaire ancien dans les espaces interlobulaires, la multiplicité des kystes vraiment innombrables, sont autant de caractères qui ne permettent pas de songer à une simple rétention biliaire dans les canaux préexistants.

Quant aux reins, ils présentent les lésions d'un mal de Bright avancé. Glomérules en masses fibroïdes, tubes remplis d'une substance vitreuse, jaunâtre, qui semble formée par des cellules épithéliales soudées, déformées et infiltrées de sels calcaires. Les kystes siègent presque tous dans la substance médullaire. On suit tous les degrés de leur formation : ce sont des tubes à masses colloïdes qui, à l'état de simple dilatation, arrivent à former de véritables kystes, à contenu très variable, séreux, boue caséuse, et autour des tubes et des glomérules, on trouve une

sclérose conjonctive, qui cependant ne paraît pas assez intense pour avoir eu la lésion initiale. La lésion parenchymateuse est entièrement primitive et certainement prédominante.

OBSERVATION N° 6

M. JUHEL-RENOY. — Dégénérescence kystique du foie et des reins. (*Revue de Médecine*, 1881.)

La nommée Adèle B..., 57 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 23 juillet 1881, service du docteur Fernet, lit n° 10.

N'ayant jamais fait de maladie nécessitant l'alitement, cette femme fut prise sans cause connue ou appréciable pour elle, d'œdème des membres inférieurs il y a deux mois. Cet œdème ne tarda pas à devenir considérable et gagna très promptement le haut des cuisses et la partie inférieure de l'abdomen. Avec ces symptômes se montraient de l'oppression et de la toux. Un médecin mandé par la malade, diagnostiqua une « fluxion de poitrine » du côté droit, et fit poser un vésicatoire ; l'état général ne s'améliorant pas, la malade se fit transporter à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade en proie à une dyspnée épouvantable ; parole entre-coupée, inintelligible ; faciès s'asystolique. L'auscultation du cœur, quoique très diffi-

cile, vu la gêne respiratoire, ne confirme pas cette idée : car de temps à autre, lorsque la malade respire bruyamment, on distingue nettement les bruits du cœur, qui paraissent normaux. D'ailleurs, la main perçoit au niveau de la région précordiale, un choc assez fort.

Appareil pulmonaire. — Matité des deux bases remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ; absence de vibrations thoraciques ; égophonie, transmission de la voie chuchotée, en somme double pleurésie.

Comme l'épanchement droit semble plus considérable et qu'il y a indication urgente d'intervenir, nous pratiquons la thoracentèse de ce côté. Un litre et demi de liquide, clair citrin, est extrait ; le soulagement obtenu, quoique certain, est peu considérable.

Le 24 au matin, la malade est un peu mieux et l'on peut procéder à un examen plus minutieux. Pleurésie gauche remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. A droite, obscurité de la base, respiration dans les deux tiers supérieurs. Bruits du cœur éclatants, impulsion cardiaque énergique, pas de souffle ni de frottements. Pouls assez petit, régulier.

Le foie déborde les fausses côtes, mais il est difficile de le limiter, à cause de l'œdème de la paroi abdominale. Anasarque généralisée. Distension extrême des membres inférieurs. L'abdomen est également le siège d'un gros

œdème, ainsi que les membres supérieurs, dans lequel le doigt s'enfonce avec une facilité extrême.

Urines en très petites quantités, troubles et contenant de fortes proportions d'albumine (le dosage, fait le lendemain, révèle la présence de 3 gr. 20 d'albumine pour 550 grammes d'urine), sang facilement reconnaissable. En présence de ces symptômes, le diagnostic fut : maladie de Bright et double pleurésie.

Traitement : régime lacté, ventouses sèches.

Le 26. — L'anxiété respiratoire est considérable, la quantité des urines devient excessivement minime. Une nouvelle thoracentèse, cette fois gauche, est pratiquée. On retire un litre de liquide clair ; mais la malade étant prise de toux pendant l'opération, on suspend la thoracentèse.

Le 28. — La malade est de plus en plus dyspnéique ; une dose de 20 centigrammes de feuilles de digitale, prise hier, n'a donné lieu à aucune diurèse ; l'infiltration œdémateuse des membres supérieurs augmente et les épanchements se sont reproduits. La situation va s'aggravant ainsi, et la malade succombe le 31 au matin.

Autopsie le 1^{er} août. — A l'ouverture des plevres, il s'écoule une notable quantité de liquide séro-fibrineux.

Les poumons souples, crépitants, ne présentent que de la congestion des bases ; peu de fausses membranes, qui

toutes sont molles, diffluentes, comme il arrive dans les pleurésies récentes. Le cœur, au contraire, présente des traces d'une symphyse cardiaque de date ancienne. L'adhérence des deux feuillets péricardiques est considérable et s'étend à la presque totalité du viscère. L'appareil valvulaire est sain, le myocarde est jaune, décoloré, et sa coupe rappelle la dégénérescence granulo-graisseuse si connue.

Le foie est volumineux et parsemé de nombreux kystes.

La face convexe présente à elle seule une dizaine de ces productions. Tandis que la plupart d'entre eux ne dépassent pas les limites d'une noisette, il en est trois dont le volume est tel que nous hésitons à en faire des kystes sérieux. L'un d'eux, le plus volumineux, atteint la grosseur d'une belle orange, située au niveau de la jonction de la face convexe avec le bord inférieur, il déborde sur chacune de ces parties.

La paroi externe est jaunâtre et le liquide qu'il contient est à peu près incolore. Examiné par la chaleur et l'acide nitrique, il laisse précipiter des flocons d'albumine.

Examiné au microscope, on n'y trouve pas trace de cristaux ni de pigments biliaires, quelques globules sanguins, provenant de ce qu'au cours de l'autopsie, une petite quantité de sang a été introduite dans le verre où

l'on recueillait le liquide. Inutile de dire que nulle part on ne trouve de crochets. Les deux autres kystes présentent des caractères analogues, et sont situés, l'un sur le lobe de Spiegel, l'autre à la partie supérieure du bord convexe. Le liquide présente les mêmes caractères. Lorsqu'on ouvre ces kystes, on voit que la paroi est lisse, unie, d'aspect blanc nacré ; elle rappelle à s'y méprendre la face interne de la dure-mère. Nulle part nous ne rencontrons de brides, de cloisons. Les plus volumineuses sont formées par une paroi unique, qui, à l'œil, ressemblerait à une sorte de dédoublement de la capsule de Glisson.

Sur la face convexe, existent une multitude de petits kystes en miniature ; on dirait des bulles d'air ; lorsqu'on les pique, ils s'affaissent en laissant écouler une gouttelette de liquide.

La coupe du foie démontre que l'affection envahit également le parenchyme de l'organe ; toutefois, il semble que les kystes soient bien plus nombreux vers les parties superficielles. On note en différents endroits des bandes de tissu fibreux s'étendant un peu dans toutes les directions et près desquelles se voient de nombreux points blancs qui sont probablement des kystes au début. Les cellules hépatiques sont jaunâtres, brillantes, d'aspect gras, colorées en vert en quelques endroits. Les gros canaux biliaires sont libres, on n'y rencontre aucun cal-

cul. De plus, il n'existe aucun kyste à la face inférieure du foie, ce qui peut expliquer l'absence d'ictère.

Reins. — Assez volumineux ; transformés en grappes de raisin, tant les kystes dont ils sont parsemés sont nombreux. A la coupe, il est facile de se rendre compte de la désorganisation qui frappe l'organe. La substance corticale est réduite à une mince bande, d'aspect blanc rosé, le reste du rein est converti en kystes de grosseurs très variables. Le liquide de ces kystes est également très albumineux.

Examen histologique. — Sur une coupe du foie, préalablement durci, examinée à un faible grossissement, on constate les particularités suivantes :

L'aspect lobulé de l'organe ne paraît pas changé au niveau de la jonction des lobules ; on remarque quelques points colorés en rose, formés de vaisseaux sanguins et biliaires entourés de tissu conjonctif. Si l'on examine ces points à un plus fort grossissement, un fait frappe dès l'abord : c'est l'ancienneté de la lésion attestée par la constitution du tissu conjonctif de ces îlots.

Aussi bien au centre qu'à la périphérie, nous nous trouvons en effet en présence de tissu conjonctif fibrillaire, tissu fibreux adulte. A l'encontre de ce qui advient dans les cirrhoses, on ne peut rencontrer en aucun point la présence d'un tissu embryonnaire de nouvelle forma-

tion, indiquant le début de la lésion. Cette néoformation conjonctive est systématiquement en rapport avec les différents vaisseaux interlobulaires ; il en résulte donc que la forme générale du lobule hépatique n'est pas modifiée. Etudions maintenant les vaisseaux contenus dans l'espace interlobulaire.

Altérations des canalicules biliaires au niveau des espaces. — Ce qui frappe, c'est le grand nombre de canalicules biliaires qu'on rencontre à ce niveau.

Un seul d'entre eux continue à être perméable et laisse voir la lumière du vaisseau entre les deux rangées de cellules épithéliales qui doublent sa paroi ; tous les autres, sans exception, sont obstrués et remplis de débris épithéliaux et de pigments biliaires : nous avons donc affaire à une angiocholite des canalicules interlobulaires. Autour de chacun de ces canaux, existe un tissu conjonctif adulte, nettement fibrillaire, preuve évidente du travail irritatif qui s'est produit autour de chacun d'eux, travail lent et ancien, à en juger par la constitution de ce tissu conjonctif. Ces particularités ont été les mêmes sur toutes les coupes, fort nombreuses, examinées par nous ; nulle part nous n'avons rencontré de tissu embryonnaire, indice d'un travail inflammatoire récent : en résumé péri-angiocholite d'ancienne date. Là ne se bornent pas les altérations biliaires, et sans nous arrêter aux dilatations dont ces conduits sont le siège, il semble

qu'une néoformation biliaire se soit également produite. Outre leur grand nombre au niveau des espaces interlobulaires, nous avons rencontré au voisinage des grands kystes une série de canalicules biliaires de formation toute récente.

En ces endroits, il était possible de saisir la transformation des cellules hépatiques en épithélium des canalicules biliaires. On sait que cette opinion, avancée par Klebs, a été reprise dans ces derniers temps par MM. Kelsch et Kierner. (Note sur la néoformation des canalicules biliaires dans l'hépatite, in Arch. de physiologie, 1876, p. 771.) Notre observation nous porte à admettre comme fort exacte l'opinion soutenue par ces auteurs et la propriété assurément singulière qu'aurait la cellule hépatique de se transformer en épithélium des canalicules biliaires. Nous avons vu, sur plusieurs de nos coupes, une série de canalicules sans paroi propre et dont la limite était établie nettement par une rangée de cellules ressemblant à s'y méprendre à celles qui doublent les canalicules biliaires normaux. Or, il était facile de suivre les transformations qui amènent la cellule hépatique à devenir une cellule épithéliale. Ce fait est d'une importance considérable, puisqu'à lui seul il permet de considérer le foie comme une véritable glande en tube.

Quoi qu'il en soit de ce point, on peut résumer les altérations subies par les canalicules biliaires en quelques

mots. C'est une néoformation de canaux biliaires suivie d'angio et péri-angiocholite, et, ainsi que nous allons le dire, aboutissant à la dilatation kystique.

Mais, avant d'entrer dans cette seconde partie, examinons rapidement les altérations des vaisseaux sanguins et des cellules hépatiques.

Lésions artérielles. — En existe une artère entièrement obstruée par un gros bourgeon inflammatoire qui semble partir de la lame élastique interne, l'endartérite oblitérante est donc absolument complète. Autour de cette artériole, chroniquement inflammée, existe une large couronne de tissu fibreux, qui triple au moins l'épaisseur de la membrane externe ; à l'endartérite vient donc s'ajouter la périartérite. Ces lésions ont été retrouvées identiques sur toutes les coupes examinées.

Lésions veineuses. — Celles-ci nous ont paru être très minimes. En v, on voit une veinule, présentant ces alternatives de renflement et d'étranglement si habituels, mais n'ayant pas subi d'épaississement notable. Sur d'autres coupes existait une légère endo et périphlébite porte, mais partout ces altérations étaient minimes, comparées à celles dont les artères et les canalicules biliaires étaient le siège.

Altérations cellulaires. — Celles-ci sont nombreuses au niveau des points enflammés. De nombreux globules

graisseux infiltrent les espaces intercellulaires, qui eux-mêmes sont dilatés, indice certain d'une répletion considérable des capillaires intercellulaires. Aussi de nombreuses cellules sont-elles déformées, aplaties, granuleuses et la constatation de leur noyau est impossible. D'autres, en assez grand nombre, sont converties, en petits blocs graisseux facilement reconnaissables à leur réfringence ; ces altérations sont répandues dans la majeure partie du parenchyme hépatique, mais prédominent surtout au voisinage des kystes et des espaces interlobulaires. Dilatation des canalicules biliaires. Formation des kystes. Toutes les lésions que nous venons de décrire sont secondaires si nous les comparons à celles qu'il nous reste à signaler et dont l'importance est toute prépondérante ; ce sont elles, en effet, qui vont nous faire assister à la naissance de la lésion et du même coup éclairer la pathogénie de la dilatation kystique du foie.

OBSERVATION N° 7

M. SABOURIN. — Dégénérescence kystique du foie et des reins. (Archives de gynécologie, 1882.)

Femme de 40 ans, qui fut ramassée dans le coma sur la voie publique, et apportée à l'hôpital Lariboisière en décembre 1874, service de M. Maurice Raynaud.

Elle mourut dans la journée, sans qu'on ait pu avoir

d'autres renseignements sur son compte. L'urine retirée de la vessie contenait des traces d'albumine.

Autopsie. — Foie, pèse 6 kilogrammes. Il est couvert d'une multitude de kystes à contenu transparent ou rouge brunâtre, dont quelques-uns ont le volume d'une orange. A la coupe, c'est un véritable amas de poches isolées ou accolées les unes aux autres, quelquefois cloisonnées incomplètement. Elles sont entourées d'une capsule assez mince, très résistante. Là où les gros kystes ne confluent pas, le tissu du foie apparaît sans altération notable, formant comme le stroma qui sépare toutes ses cavités. Ça et là, il y a des traces de tissu hépatique, où l'on ne trouve que des kystes miliaires, ou encore de petits points blancs paraissant accolés aux espaces portes.

En quelques points, il y a des infiltrations hémorragiques, et ailleurs ce sont des îlots délimités ayant à la coupe l'apparence du foie muscade ; dans le voisinage, on trouve quelques vaisseaux oblitérés par un caillot sanguin.

L'examen à l'état frais du liquide des kystes a montré comme éléments principaux : dans tous les kystes, des lamelles d'épithélium soit cubique, soit complètement pavimenteux, des masses de détritits granuleux très fins, des globules rouges du rang en plus ou moins grand nombre. Dans les kystes à liquide coloré, des quantités

de globules sanguins, et des lamelles de cholestérine, enfin des traînées jaunâtres d'apparence mucoïde rappelant la matière colorante de la bile et de vrais blocs réfringents jaunâtres ou verdâtres. Il n'existe au niveau du hile rien d'anormal, les grosses voies biliaires ne paraissent pas dilatées, la vésicule contient de la bile un peu claire.

Reins. — Les deux reins sont énormes, ils pèsent 600 à 650 grammes. Ils sont transformés en un amas de kystes ressemblant à une grappe de raisin à grains serrés. Les kystes sont transparents, ou rougeâtres, ou blanchâtres. L'altération est la même sur les coupes. Ça et là, il y a des régions où le tissu rénal, encore reconnaissable, ne contient que des kystes miliaires.

L'examen microscopique du liquide des kystes montre des quantités de détritits granuleux, quelques corpuscules de pus, des globules rouges, et quelques débris de lamelles épithéliales à cellules pavimenteuses ou un peu cubiques.

Aucun obstacle sur le trajet des voies d'excrétion de l'urine. La vessie paraît saine.

OBSERVATION N° 8

M. MORAX, interne provisoire des hôpitaux. — Kystes canaliculaires du foie.

Foie d'une malade morte dans le service de M. Joffroy, de broncho-pneumonie, à l'âge de 86 ans.

On trouve au niveau de la face convexe du foie, sous-jacente à la capsule de Glisson, une cavité de la grosseur d'une noix et remplie par un liquide séreux légèrement jaunâtre. La cavité présente des parois lisses recouvertes par un épithélium cylindrique absolument analogue à l'épithélium des canalicules biliaires. En différents points du parenchyme hépatique, on trouve des dilatations kystiques analogues mais de beaucoup plus petit volume. Il n'y a pas de cirrhose hépatique.

La dégénérescence kystique du foie est ordinairement liée à une dégénérescence kystique du rein. L'intérêt de ce cas est l'absence presque complète de kystes du rein. On n'a trouvé que dans un ou deux points une légère dilatation des tubes urinifères.

OBSERVATION N° 9

M. CLAUDE PHILIPPE, interne des hôpitaux. — Un cas d'angiomes biliaires généralisés avec transformation kystique.

Ming..., 61 ans, mort le 8 février 1893, dans le service de M. Gombault, à l'hospice d'Ivry. Ce malade, entré à l'infirmerie pour des accidents asystoliques (anasarque, dyspnée) compliqués de diarrhée profuse, fétide, avec fièvre, mourut en quelques jours.

Autopsie. — On trouve du côté du cœur, des reins, des poumons, des lésions banales (hypertrophie ventriculaire gauche, léger degré de sclérose rénale avec dégénérescence graisseuse de la substance corticale : congestion pulmonaire avec œdème rouge excessif). Le foie est plutôt petit : 1.610 grammes ; sa surface convexe présente une série de points gros comme une tête d'épingle ; quelques-uns sont jaunes, demi-solides, d'autres contiennent un liquide brunâtre et sont franchement kystiques. On en trouve même dans l'intérieur de l'organe congestionné, et dont le tissu un peu induré, crie légèrement sous le scalpel. La vésicule est remplie d'une bile noirâtre ; pas de calcul ; nulle part on ne trouve de cause d'obstruction des voies biliaires au niveau du hile.

Examen microscopique. — Les coupes, examinées par M. Gombault, ont montré les résultats suivants : Sur une coupe de 1 cm. 1/2 d'étendue, on trouve facilement 7 à 8 dilatations ; il s'agit donc d'une lésion diffuse, généralisée à tout l'organe. Dans la profondeur, les dilatations sont aussi nombreuses qu'à la surface même du foie. Les lésions siègent toutes au niveau des petits espaces portes, donc dans l'intimité même du tissu.

A son début, l'altération consiste en une espèce de bourgeonnement des canalicules biliaires ; les canalicules persistants poussent des prolongements latéraux, qui vont se ramifier dans tous les sens ; les cellules des

néo-canalicules sont plus basses, plus petites que normalement, mais elles présentent les mêmes caractères distochimiques que les cellules biliaires normales et la morphologie générale reste identique. Cette néoformation canaliculaire s'accompagne d'un certain degré de prolifération conjonctive ; on a du tissu fibreux adulte qui entoure les bourgeons partis des anciens canalicules biliaires ; mais il ne s'agit nullement d'une cirrhose. Des canalicules biliaires ainsi proliférés, quelques-uns se dilatent et arrivent souvent à former de véritables petits kystes microscopiques à la périphérie desquels se voient ordinairement les autres canalicules restés sans dilatation.

Enfin, dans d'autres points, se trouvent de grands kystes qui sont alors les coupes des kystes vus microscopiquement à la surface du foie ; ces kystes ont une paroi conjonctive mince, formée par quelques lamelles emboîtées concentriquement ; à sa face interne se montre souvent une rangée de cellules ressemblant absolument aux cellules des canalicules biliaires néodormés. Le contenu de ces kystes est une masse opaque, d'aspect colloïde.

On trouve facilement tous les intermédiaires entre les petits kystes simples, simples dilatations microscopiques des néo-canalicules biliaires, et les grands kystes reconnus macroscopiquement à la coupe du foie.

OBSERVATION N° 10

MM. Fernand BEZANÇON et TOUCHARD, internes des hôpitaux. — Kystes multiples du foie, d'origine biliaire, avec élanchement sanguin dans l'intérieur de la cavité.

Ces pièces proviennent d'une femme âgée de 62 ans, décédée le 12 octobre 1893 dans le service de M. le docteur Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu.

L'histoire clinique de la malade avait été la suivante :

Le début des accidents remontait à trois ans ; la malade, qui, jusque-là, avait joui d'une excellente santé, avait remarqué à cette époque que son ventre grossissait ; mais cette tuméfaction n'étant pas accompagnée de douleur, la malade n'y attacha point d'importance.

Ce n'est que le 7 août 1893 que le ventre devenant de plus en plus volumineux, la malade se décida à entrer à l'hôpital. A cette époque, on constate un aspect terreux du visage, et un léger amaigrissement.

Il n'y avait ni ascite, ni circulation collatérale, peu de météorisme, de sorte que le palper de la région du foie était facile. Cet organe était très augmenté de volume et descendait à l'ombilic ; le lobe gauche était également très développ ; par le palper on sentait très facilement des nodosités, des irrégularités variant du volume d'un gros pois à un œuf de pigeon ; la palpation n'était pas douloureuse et l'on ne percevait pas de fluctuation.

La rate était augmentée de volume, mais ne débordait que très peu les fausses côtes.

Les urines, peu abondantes, riches en urates, ne contenaient pas de pigments biliaires.

Les autres organes étaient normaux, l'appétit conservé, l'état général relativement bon.

Le diagnostic porté fut celui de cirrhose hypertrophique avec adénome, en raison de la conservation de l'état général et de la longue durée de la maladie qui permettaient d'éliminer le cancer secondaire du foie.

L'état de la malade resta stationnaire jusqu'au 20 septembre ; à ce moment, survint une diarrhée abondante, du subictère ; la malade s'amaigrit rapidement, le délire apparut et la mort survint le 12 octobre au milieu de symptômes d'insuffisance hépatique.

Autopsie. — On ne trouve dans les divers viscères rien de particulier ; le foie seul est altéré, considérablement augmenté de volume et déformé, son poids est de 6 kilogrammes. La face convexe, au niveau du lobe droit, est lisse, sauf en 3 ou 4 points ; où des nodules hémisphériques viennent soulever la capsule, la face inférieure présente le même aspect.

Le lobe gauche est méconnaissable ; il présente à sa surface une série de bosselures nettement hémisphériques au niveau desquelles la capsule est souvent épaissie.

Ces bosselures ont environ la grosseur d'une noix, quelques-unes plus petites, n'atteignent guère que les dimensions d'un grain de millet ; ces masses sont pour la plupart rénittentes, quelques-unes fluctuantes.

La vésicule biliaire renferme plusieurs calculs de cholestérine.

La section du lobe droit montre que le parenchyme est relativement sain, peu cirrrosé, il est de couleur jaunâtre et lisse ; il présente une dizaine de masses arrondies, les unes correspondant aux saillies superficielles, les autres inclues dans la profondeur ; ces nodules, de volume variable, d'une noix à une orange, sont nettement enkystés, séparés du reste du parenchyme par une capsule fibreuse.

Le contenu de ces nodules est formé, soit d'une bouillie couleur chocolat, qui s'écoule à la section et qui semble formée d'un mélange de bile et de sang altéré, soit de masses plus fermes, rappelant tout à fait l'aspect de vieux caillots sanguins.

A côté de ces gros kystes, il en existe un grand nombre d'autres, plus petits, gros comme une tête d'épingle, dans certains cas même à peine visibles à l'œil nu ; la piqûre des plus gros de ces kystes laisse écouler de la bile un peu décolorée.

Le lobe gauche, sur une coupe, montre le même aspect, mais ici la transformation kystique a tout envahi,

et c'est à peine s'il reste de parenchyme entre les kystes qui, sur une coupe, prennent l'aspect de véritables alvéoles dont le diamètre est de dimension variable.

La paroi de ces divers kystes, lisse en apparence présente, en réalité un aspect chagriné ; cet aspect tient parfois à la présence de petites dépressions cupuliformes qui montrent bien que ces gros kystes ont été formés par l'englobement progressif dans la masse de petits kystes primitifs.

Cette paroi est dure, fibreuse, elle a plusieurs millimètres d'épaisseur, elle n'est pas toujours pleine, mais présente assez souvent un aspect réticulé angiomateux.

L'examen histologique montre bien la structure de ces poches, la paroi est formée de tissu conjonctif adulte et renferme un grand nombre de vaisseaux capillaires ; l'intérieur de la poche contient de la fibrine ; des hématies déformées et des amas de pigment sanguin et biliaire. Le parenchyme qui avoisine les parois présente de la sclérose diffuse découpant le lobule, et surtout une dilatation intense des capillaires sanguins.

La coupe de ces grandes poches ne peut montrer la nature véritable de la lésion et l'examen doit porter sur les petites dilatations à peine visibles à l'œil nu.

Ces petits kystes nous apparaissent comme formée d'une paroi fibreuse, mais il est facile de voir sur la face interne de la paroi, un revêtement d'épithélium cubique.

Ces cellules épithéliales sont claires et ont un noyau qui prend bien les réactifs. souvent elles sont desquamées à l'intérieur du kyste et mêlées à des globules du sang ou à de la fibrine.

Ces petits kystes présentent souvent des cloisons fibreuses peu épaisses, destinées à disparaître, de façon à former un seul kyste plus volumineux. Ces cloisons sont souvent incomplètes et contiennent dans leur intérieur des capillaires, dont la rupture explique sans doute les hémorragies si fréquentes dans l'intérieur des kystes.

La paroi de ces kystes n'est pas toujours uniforme, elle a quelquefois un aspect réticulé, visible à l'œil nu ; dans d'autres cas, dans la paroi et surtout au voisinage de celle-ci, on observe sur les coupes de petits alvéoles à parois peu épaisses, fibreuses, alvéolées, tapissées d'épithélium cubique ; ces petites alvéoles, très rapprochées les unes des autres, donnent l'aspect d'un tissu angioma-teux, non d'un angiome sanguin, mais d'un angiome biliaire.

OBSERVATION N° 11

M. Maurice LETULLE. — Kystes congénitaux du cerveau et du foie. Fibromes « perlés » des reins, fibromes des pyramides de Malpighi.

Ce kyste, de la grosseur d'une noisette, contient un liquide clair, d'aspect séreux.

L'hémisphère cérébral gauche, au niveau de l'origine de la pariétale ascendante, est, de même, le siège d'un kyste clair séreux, du volume d'une noisette, et tellement rapproché à la surface de la circonvolution cérébrale, qu'on l'ouvre en décortiquant les méninges.

Enfin les deux reins possèdent, le droit, trois, et le gauche, deux petits « fibromes perlés », logés, chacun, en pleine pyramide de Malpighi.

A l'autopsie d'une femme de 67 ans, nous trouvons un kyste congénital du foie, logé dans la région privilégiée pour les lésions congénitales (angiomes, kystes), c'est-à-dire au haut de la face supérieure du lobe droit, vers son bord postérieur.

Ces petites tumeurs, de dimensions uniformes, et qui n'excèdent pas deux millimètres de diamètre, sont caractéristiques ; leur consistance ferme, le relief qu'elles font sur la coupe, leur aspect brillant, nacré, « perlé », ne laissent place à aucune hésitation possible.

Les granulations tuberculeuses, la seule lésion avec laquelle on pourrait les confondre à première vue, sont plus étalées, moins saillantes, plus grosses d'ordinaire ; enfin et surtout, leur centre est toujours terne, opaque, friable et caséux.

La coexistence de ces deux ordres de lésions congénitales : kystes et fibromes perlés, méritait d'être signalée.

OBSERVATION N° 12

MM. Maurice LETULLE et VERLIAC. - Rein polykystique congénital. Kystes du foie. Névrome ganglionnaire de la surrénale.

Un homme de 45 ans, soigné quelque temps auparavant pour un embarras gastrique fébrile, rentre dans le service et y succombe, en quelques heures, à des accidents urémiques suraigus.

A l'autopsie, les deux reins sont énormes, transformés en masses polykystiques, dont le poids est 490 grammes, à droite, et de 1.180 à gauche. Le bassinet mesure 8 centimètres de haut. Les uretères ne contiennent pas de kystes. Sur les coupes, les lésions classiques des formations kystiques s'accusent, beaucoup plus marquées sur le rein gauche que sur le droit (l'étude de ces altérations sera publiée, in extenso, dans un travail prochain).

Pour le moment, nous tenons à signaler la coexistence de deux sortes d'altérations, d'origine manifestement desembryoplastique, avec cette « maladie kystique des reins ». Tout d'abord, le foie. Douze petits kystes sous capsulaires existent, localisés à la hauteur du bord postérieur de l'organe. Ces kystes sont remplis d'une faible quantité d'un liquide d'aspect plutôt séreux que muqueux. La face interne de chaque cavité est tapissée par un épithélium cubique bas, et même lamellaire par

endroits, réparti sur une seule couche. Il repose sur une paroi fibreuse, dense, fort peu épaisse, dépourvue totalement de fibres élastiques et pauvres en cellules fixes interstitielles.

Ensuite, la surrénale gauche apparaît volumineuse. Sur les coupes on reconnaît que la substance médullaire est la cause de cette hypertrophie apparente ; les alvéoles qui constituent la médullaire sont riches en cellules claires ; mais, de plus, au centre même de la glande, dans sa partie la plus épaissie, on découvre un volumineux névrome composé de fibres nerveuses amyéliques, réunies en longues bandes légèrement onduleuses et de cellules nerveuses volumineuses, presque toutes arrondies ou ovalaires, rarement bipolaires.

Ces cellules sont remarquables par leur protoplasma tantôt granuleux, tantôt homogène, brillant, tantôt même d'aspect hyalin. Certaines de ces cellules sont vacuolaires ; d'autres sont vivement teintées par des granulations pigmentaires. Toutes ont un ou plusieurs noyaux (on en a pu compter jusqu'à 4 et 5) volumineux et pourvus d'un ou deux nucléoles brillants, vivement colorés. Un grand nombre de ces cellules sont manifestement encapsulées. La conservation de la pièce n'a pas permis de poursuivre la recherche, dans ces cellules, des corpuscules de Nissl. Les cellules en dégénérescence hyaline ont des noyaux métachromatiques. Nul doute, par conséquent,

qu'il ne s'agisse d'un ganglion nerveux volumineux aberrant, intra-surrénal. Le reste de la glande est à peu près normal, sauf que la substance corticale, dans la zone trabéculaire, présente un assez grand nombre d'îlots d'évolution nodulaire graisseuse, et, dans sa zone pigmentaire, un nombre extrêmement minime de cellules infiltrées de pigment mélanique.

IV

Maladie polykistique du nouveau-né

PARAK et COUVELAIRE. — Foie polykistique cause de dystocie. (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris, 1901.)

Mère de 20 ans, primipare, élevée au biberon.

Premières règles à 14 ans.

Dernières règles fin février 1900.

Grossesse sans incidents.

Père bien portant. Pas de syphilis, pas de tuberculose.

Elle arrive à l'hôpital à 5 heures du soir, 5 décembre 1900, à terme en plein travail.

Poche des eaux rompue. On sent dans le vagin une masse molle du volume d'une petite mandarine, qui va en s'effilant, s'implanter par un pédicule de 2 cm. sur une partie foetale peu volumineuse, présentant des sutures et une fontanelle à 4 branches. Cette tumeur, au cours d'examens, se dilacère et laisse s'écouler un liquide noirâtre, sirupeux.

La tumeur et la tête plongent dans l'excavation.

Utérus à 36 cm. du dessus du pubis. Dos à droite, pas de bruits du cœur fœtal. Diagnostic excencéphalie.

Le travail marche régulièrement, les contractions utérines sont fortes.

A 10 heures du soir, la tumeur entr'ouvre la vulve; la tête est immédiatement en dedans de l'orifice vulvaire.

A 11 h. 50, malgré des contractions énergiques, les choses en sont restées là.

Une main fait procédence à droite de la tête, on l'amène à l'extérieur, c'est la main gauche, elle correspond au bras antérieur. On tire sur le bras, en faisant de l'expression abdominale. La tête franchit la vulve, artificiellement orientée en mentapulbienne.

Le menton et l'occiput sont au dehors, mais pas franchement, le cou tout entier est dans le vagin.

Le bras postérieur est abaissé, il est comme l'antérieur fort court. On tire sur les deux bras, on amène à grand peine les régions axillaires à la vulve, mais on sent que le moignon de l'épaule va céder, que la peau de l'aisselle se déchire, on n'insiste pas. On pense à un excès de volume du ventre. La main introduite dans la partie gauche du bassin avec un trocart, on ponctionne l'abdomen du fœtus.

350 cm³ de liquide vert porrocé s'écoule et le siège du fœtus descend dans l'excavation et sont extraits.

Tout était fini à 12 h. 45.

Délivrance naturelle et complète. Suites de couche normales.

Examen du fœtus. — Long., 40 cm.; poids non compris le liquide évacué, 2,450 grammes.

Thorax peu développé. Ventre énorme.

Membres courts, les inférieurs plus que les supérieurs.

A la radiographie, atrophie en longueur de tous les os du squelette des membres.

La main droite a 7 doigts, les 3 derniers en syndactylie.

La main droite porte un petit doigt surnuméraire atrophié, surajouté au cinquième doigt.

Pieds bots avec implantation vicieuse du gros orteil perpendiculaires aux metatarsiens, tous deux ont un orteil surnuméraire.

Organes génitaux externes mal formés.

Deux grandes lèvres circonscrivant une gouttière et dans la partie supérieur un petit tubercule représentant la verge.

Cou court, tête enfoncée dans la poitrine.

Face large, tassée.

Bec de lièvre sans fissure palatine.

Crâne atrophié, à la fontanelle postérieure orifice par où passait le pédicule de la tumeur maintenant affaissée.

Autopsie. — Les trois quarts de l'abdomen sont occupés par un énorme foie kystique, élargissant la base du

thorax, refoulant le diaphragme et rejetant en bas la masse intestinale.

Vésicule biliaire sur la face antérieure du foie.

Foie de couleur verte avec taches blanchâtres en larges plaques.

Dimensions :

Grande circonférence transversale : 44 cm.;

Diamètre transverse maximum : 19 cm.;

Hauteur à droite : 13 cm. ;

Hauteur à gauche : 12 cm. 5.

A la coupe, vert olive tacheté d'îlots de sclérose.

A 5 cm. du bord apparaissent les grandes cavités kystiques à gauche et à droite. Celles-ci communiquant entre elles.

A l'intérieur, aspect des cavités du cœur avec piliers.

Deux gros reins polykystiques. On ne peut distinguer ni substance corticale, ni substance médullaire.

Estomac tubulaire.

Cœur un peu gros.

Bogor. — Kyste solitaire du foie. Royal Academy of Medicine in Ireland, 27 novembre 1891.

Mère secondipare syphilitique.

Le fœtus se présente par la tête, mais ne peut être extrait que grâce à une ponction sous l'appendice xyphoïde qui donne issue à 8 litres 1/2 de liquide.

Le kyste occupait tout le lobe gauche. Le reste du tissu hépatique était histologiquement normal.

WITZEL. — Hemicephalus mit grossen Lebercysten Cystennieren und eine Reihe anderer Missbildungen. Centralblatt f. Gynecologie, 1890, p. 561.

Femme 36 ans, deuxième pare.

Premier enfant né à terme bien développé.

Le travail n'avancait pas. La tête monstrueuse (hémicéphalie) restait à la vulve: On tire et on arrache la tête et un bras. Chloroformisation. Toucher. Excès de volume du ventre. Ponction, 3 litres de liquide jaune, extraction facile.

Foie kystique, deux kystes communiquant. Un gros dans le lobe droit, un petit dans le gauche. Le choledoque ectasié dans la paroi duodénale par un cul-de-sac.

Parties génitales externes rudimentaires.

Inversion totale des viscères.

Doigts surnuméraires.

GUENIOT. — Kystes séreux du foie chez un fœtus à terme affecté de vices de conformation multiples. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1891, p. 119.

Femme de 39 ans, huitième pare. Le père est son neveu, absinthique. Plusieurs enfants sont nés avec des vices de conformation. Un seul survit.

Le foie contenait deux cavités, à droite, 80 grammes de liquide et 40 grammes à gauche ; liquide citrin jaune.

Aspect des cavités ventriculaires du cœur avec piliers.

Parenchyme hépatique sain.

Les deux reins hypertrophiés.

Anencephalie; absence des organes génitaux externes.

Six doigts aux mains ; six orteils aux pieds.

OBSERVATION N° 5

M. COUVELAIRE. — Reins polykystiques, petit kyste hépatique solitaire. Mort 4 heures après la naissance. *Annales de Gynécologie*, novembre 1899.

P...., couturière, 21 ans, primipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe le 27 février 1899. Après 15 h. 15 de travail, elle met au monde, spontanément, un enfant vivant pesant 3.720 grammes. L'enfant reste cyanosé, respirant difficilement, se plaignant constamment, et meurt 4 heures après la naissance.

A l'autopsie de l'enfant, on constate que le foie est volumineux : il pèse 130 grammes ; sa surface extérieure est parsemée, surtout au niveau de la face supérieure, de sillons blanchâtres scléreux. A l'extrémité antérieure du lobe carré, près de l'incisure biliaire, fait saillie un petit kyste sessile, du volume d'une petite noisette. Sa membrane d'enveloppe extérieure, très mince, laisse voir par transparence, un liquide jaune citron. La vésicule biliaire renferme un liquide filant jaune clair. Les grosses voies

biliaires sont perméables. Pas d'anomalies vasculaires.

Les reins sont également augmentés de volume ; ils sont entourés d'une atmosphère adipeuse ; leur surface extérieure semble sans bosselure kystique, présente de très faibles sillons lobaires comblés par de la graisse.

A la coupe, le foie est dur, scléreux ; la coupe est lisse, parsemée de traînées et d'îlots de sclérose. La couleur de la surface de coupe est gris fer. Chacun des deux reins présente à la coupe une ou plusieurs cavités kystiques.

A l'examen microscopique, le foie présente des lésions généralisées aux espaces porto-biliaires. Des lobules hépatiques sont semblables à ceux du foie des nouveau-nés. Il y a cependant un certain degré de congestion et les amas de petites cellules rondes trabéculaires et vasculaires sont peut-être un peu plus nombreux que normalement. Les espaces portes sont profondément modifiés ; ils apparaissent sous forme de cercles fibreux enserrant des cavités micro-kystiques irrégulières. Le tissu de sclérose est fibro-cellulaire, adulte ; l'élément fibreux prédomine.

Cette sclérose est systématisée, elle est péri-cavitaire. Les cavités sont les unes vides, les autres incomplètement remplies par une substance muqueuse. La lumière des cavités est en général étroite. La ligne limitante est d'une grande inégalité, formant de nombreuses et irrégulières saillies papillaires dans la cavité. En certains points,

deux saillies papillaires sessiles viennent presque au contact, réduisant à une fente étroite la cavité. Da'utres fois la papille, plus longue, peut être coupée au niveau de son extrémité libre ; elle apparaît alors libre dans la cavité.

L'épithélium de revêtement est cubique. Les cellules renferment peu de protoplasma, leur noyau est gros, bien coloré. En quelques rares endroits, il y a apparence de stratification. Nous expliquons la stratification comme celle des cavités rénales ; la couche de revêtement épithéliale est en réalité unique. Les papilles ont un squelette fibreux, analogue à celui de la gaine fibreuse péricavitaire dont elles dépendent. Elles sont revêtues par une assise de cellules cubiques.

Le kyste hépatique à contenu clair, a été examiné séparément. Il est constitué par une couche très mince de tissu conjonctif fibrillaire.

Sur sa surface interne, nous n'avons pu trouver trace d'épithélium.

Le tissu hépatique environnant ne diffère en rien de celui des parties centrales. Du côté du péritoine, le kyste proéminait, séparé seulement de l'endothélium séreux par une mince couche fibrillaire.

Les testicules, les capsules surrénales, la rate, le pancréas, les poumons, le corps thyroïde, ont été examinés histologiquement. Ils ne présentent d'anormal qu'un certain degré de congestion.

Le muscle cardiaque est normal. Les gros ganglions lymphatiques lombaires et mésentériques ont été examinés. Ils étaient le siège d'une congestion énorme, mais ne présentaient aucune lésion.

OBSERVATION N° 6

MM. TISSIER, GARSAX, LE GRAND. — Foie kystique dans une hernie embryonnaire opérée une heure et demie après la naissance.

Le 26 octobre 1912, une primipare âgée de 28 ans, entre dans le service du docteur Tissier, à l'hôpital de la Charité, les premières douleurs étant apparues à 8 heures du matin. D'après la date de ses dernières règles, la grossesse semblait à terme. Le travail commence à 9 heures du matin, se poursuit normalement jusqu'à 1 heure de l'après-midi. A ce moment, la dilatation étant complète, les membranes rompues, on remarque qu'il s'écoule du mécomium. Une application de forceps en O.I.G.A. permet d'extraire assez facilement l'enfant, bien que la tête fut assez élevée.

C'était une enfant du sexe féminin pesant 3.400 grammes. On constate immédiatement une volumineuse hernie embryonnaire. Sur le milieu de l'abdomen existait une tumeur arrondie, du volume d'une tête fœtale ; à la partie inférieure s'insérait le cordon.

Cette tumeur mesurait 12-15 centimètres suivant son grand axe transversal, 10 centimètres suivant son grand axe vertical. Elle était recouverte d'une membrane blanchâtre, d'aspect dépoli, un peu transparente, à travers laquelle on apercevait en haut une masse brunâtre que l'on supposait être le foie, en bas les anses intestinales. Cette enveloppe se continuait directement avec celle du cordon.

Cette tumeur était un peu pédiculée à sa base, reliée à la paroi abdominale par une portion rétrécie ovalaire, à grand axe vertical et médian mesurant 8 centimètres de diamètre. Ce pédicule était entièrement cutané, la peau de l'abdomen remontant de 1 centimètre environ au-dessus.

Il ne paraissait y avoir aucune malformation. En raison de la fragilité de la tumeur, on s'abstient de la palper, et l'enfant est mis dans un bain chaud pour éviter la dessiccation trop rapide.

En raison de la pédiculisation de la hernie et de son volume moyen, l'opération est décidée par M. Tissier et faite par l'un de nous une heure et demie après la naissance, sans anesthésie.

Opération. — Ouverture de la hernie sur la ligne médiane. On constate presque immédiatement que la membrane d'enveloppe adhère intimement dans toute la portion supérieure à une masse brunâtre qui n'est autre

que le foie. Cette adhérence est encore renforcée par des tractus fibreux paraissant être les traces du ligament suspenseur. La décortication de la masse hépatique est laborieuse, mais ne s'accompagne pas d'hémorragie malgré de petites déchirures de la capsule propre de l'organe.

C'est en faisant cette décortication que l'on remarque de très légères bosselures à la surface du foie. Il s'agissait de kystes dont la paroi est tout entière formée par du tissu hépatique, une mince languette les séparant de la surface de l'organe, tous uniloculaires, au nombre de trois, de volume variable, contenant un liquide jaunâtre clair.

Après avoir vidé ces kystes, on excise au ras de la peau la membrane d'enveloppe de la hernie. Ligature à la partie inférieure, de la grosse veine ombilicale.

La réduction de la masse hépato-intestinale ne peut cependant être encore effectuée qu'après section de quelques adhérences situées à la partie toute supérieure du foie, au niveau d'un prolongement hépatique qui s'enfonce dans l'abdomen.

La réfection de la paroi abdominale se fait facilement par adossement des lèvres cutanées.

L'enfant succomba dans la journée.

L'autopsie permit de constater qu'il n'existait aucune

autre malformation que celle du foie. Les reins étaient normaux et non kystiques.

Le foie, que nous avons l'honneur de présenter à la Société, a une configuration extérieure assez curieuse.

Il est formé de deux portions : l'une principale ovoïde, la plus volumineuse, était tout entière contenue dans la hernie; l'autre, sous forme d'un mince pédicule, était intra-obdominale.

L'ensemble pesait, post-mortem, 150 grammes, mais il est à remarquer qu'il avait diminué de volume de près de moitié après l'incision des kystes multiples qu'il contenait.

La face supérieure de la portion principale régulièrement arrondie présente deux petits kistes du volume d'une noisette creusés en plein parenchyme. A la partie toute inférieure un kyste très volumineux ayant contenu environ 20 grammes de liquide.

La face inférieure montre deux sillons antéro-postérieurs très nets.

Le sillon gauche n'atteint pas les bords de la masse hépatique, on voit s'en échapper la veine ombilicale de dimensions normales. Le sillon droit entame le rebord antérieur du foie. Il est très élargi à sa partie antérieure où il loge une vésicule biliaire mesurant 1 cm. 1/2 de long, paraissant bien conformée. A sa partie postérieure ce sillon s'élargit, et c'est là que prend naissance le pédi-

cule supérieur intra-abdominal. Immédiatement en avant de l'insertion de ce dernier on trouve un petit repli triangulaire qui n'est autre que le hile du foie.

Le pédicule intra-abdominal est une sorte de languette coudée, un peu lobulée, dont l'extrémité libre dirigée vers la partie gauche de la région sus-mésocolique de l'abdomen y était fixée par une petit repli ligamenteux peu épais.

La veine cave monte en arrière du foie, adhérant au bord postérieur de la masse principale et montant ensuite à l'intérieur du coude de la languette intra-abdominale. C'est à ce niveau qu'elle reçoit des veines sus-hépatiques montant dans le pédicule et se poursuivant dans la masse principale du foie.

Enfin la face inférieure du foie présente encore deux kystes volumineux.

Des coupes faites sur l'organe montrent qu'il n'existe pas de kyste profonds. Tous les kystes, au nombre de cinq, sont périphériques. Leur paroi est formée par le parenchyme hépatique et l'on voit de nombreux vaisseaux ramper à ce niveau, formant de fortes aborisations visibles dans le fond des poches kystiques.

Conclusions

Le gros foie polykystique est une affection rare.

Il se rencontre chez le nouveau-né, plus fréquemment chez l'adulte; et chez les deux il est souvent associé à la dégénérescence polykystique d'autres organes glandulaires et en particulier des reins. Mais l'affection peut frapper seul le foie à l'exclusion des autres grandes.

En présence d'un gros foie volumineux, irrégulier et bosselé avec altération minime de l'état général il faudra penser à l'existence possible d'un gros foie polykystique.

Le traitement semble être médical sauf pour les gros kystes uniques où une intervention radicale guérit le malade.

Nous pensons que la pathogénie de ces kyste est très complexe mais qu'elle semble relever d'une inflammation chronique, lente, dont le début peut remonter parfois jusqu'à la vie fœtale.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

TAVIGNAT. — Société Anatomique, 1840.

ROYER. — Traité des Maladies du Rein, 1841.

BUDD. — On diseases of the liver (p. 416), 1852.

BRISSOWE. — Transactions of pathological society, London, 1856.

LANCEREAUX. — Dégénérescence kystique des deux reins et du foie. — Lésions urémiques de l'estomac et des intestins, albuminurie légère. — Société Anatomique, 1864.

CARESME. — Dégénérescence kystique du foie, des reins et de l'utérus. — Société Anatomique, 1865.

EBERTH. — Cyste mit fimmerspithelié der Leber. — Arch. F. pathol. Anatomique (p. 78), 1886.

CHANTREUIL. — Dégénérescence kystique du foie et des reins. — Société Anatomique, 1867.

JOFFRY. — Dégénérescence kystique des reins et du foie. — Société Anatomique, 1867.

LEBOUCHER. — Kystes nombreux du foie et des reins, tumeur de la selle turcique dépendant de la dure mère. — Société Anatomique, 1869.

- BOUILLY. Société Anatomique des Hôpitaux, mars 1972.
- BARADUC. Kystes multiples du foie, d'origine biliaire avec épanchement. — Sté Anatomique, 1876.
- MICHALOWICZ. — *Thèse de Paris*. — Dégénérescence kystique simultanée du foie et des reins (examen par Mallassez, 1876).
- COURBIS. — *Thèse*. — Contribution à l'étude des kystes du foie et du rein. 1877.
- LATASTE. — Sté Anatomique. — Discussion par Malassez, 1877.
- WITZEL. Hemicephalus mit Grossen Lebereysten Cystenmuren und eine reine anderer Mithbildungen. — Centralblatt f. Gynecologie (p. 561), 1880.
- HUETER. — Über eine cystische Geschwulst der Lebert. — Virchow's archiv 115 f. 150, 1880.
- JUHEL RENOY. — *Revue de Médecine*, 1881.
- BABINSKI. — Sté Anatomique, 1882.
- SABOURIN. — Archives de Physiologie, 1882. — Archives de Gynecologie. — Dégénérescence kystique du foie et de reins, 188. *Progrès Médical*, p. 391, 1884.
- HAMMEY. — *Thèse*, juillet 1887.
- LEJARS. — *Thèse de Paris*, 1888.
- CLARKE. — *Glasgow Med Journal*, 1889.

NICOLLE. — *Bulletin de la Sté Anatomique*, 1889.

MORAK. — Kyste canaliculaire du foie. — *Sté Anatomique*, 1889.

WIRTZEL. — Hemicephalus mit grossen Lebercyten Cystennieren und eine Reihe anderer Missbildungen. — *Centralblatt f. Gynécologie*, 1890.

BARD et LEMOINE. — De la Maladie kystique essentielle des organes glandulaires ou angiome des appareils secreteurs. — *Arch. gén. de Médecine*, 1890.

BOGOT. — Kyste solitaire du foie (Royal Academy of Medicine in Ireland, novembre 1891.)

TUFFIER. — *Archives gén. de Médecine*, 1892.

GUENIOT. — *Bulletin d e l'Académie de Médecine*, 1891.

KLIPPEL. — *Sté Anatomique*, 1892.

ROLLESTON et KOUBACH. — Ein Buthag zur Pathology der cystischen. — Erkrankung der Leber in Nevgebaren Wirchow's Archiv. Bd. 130, p. 488, 1892.

BESANÇON et TOUCHARD. — Kystes multiples d'origine biliaire. — *Sté Anatomique*, 1893.

CLAUDE. — Angiome biliaire généralisé avec transformation kystique. — *Sté Anatomique*, 1893.

BAR et RENON. — Sur un cas d'ectasie des canalicules biliaires chez le nouveau-né et coïncidant avec

une dégénérescence kystique des reins. —
Sté de Biologie, 1894.

GERLACH-CHRISTIAN. — Ein beitrage zur casuistik der
congeni solen Lebercysten mit einer Abbil-
dung in natürlicher. Groesse. — Inaug. Dis-
sert. Munchen, 1897.

KLIPPEL et LEFAS. — Kyste de la rate. — Sté Anatomique,
1897.

STILL. — Congenitale cystic liver with cystic Kidney
transsect of the path. — *Sty of London*, p. 155,
1898.

COUVELAINE. — Dégénérescence kystique congénitale des
organes glandulaires. — *Annales de Gyneco-
logie et d'Ostétrique*, novembre 1899.

J. CARRÉ. — Foie et reins kystique chez un fœtus, —
Thèse de Doctorat, Paris, 1901.

PORAK et COUVELAIRE. — Foie polykystique cause de dys-
tocie, association de la dégénérescence kysti-
que du foie et des reins chez un fœtus affecté
de malformations. — *Annales de Gynécologie
et d'Obtétrique*, t. IV, pp. 223 à 227, Paris,
1901.

PETIT et LORENZO. — Sté Anatomique, 1901.

DURANTE. — Kyste congénital unique. — Sté Anatomic,
1902.

JOSSAND. — Le gros rein polykystique de l'adulte. *Thèse de Paris*, 1902.

MENETRIER et AUBERTIN. — Gros rein polykystique de l'adulte. — *Sté Médicale des Hôpitaux*, 1902.

HOFFMANN. — Ubert Wahre Cysten der Leber. 1902.

BLAND SUTTON. — Klinikal remarks on solitary on parasitic cysts of the liver. — *Bull. Med. Journal*, 4 novembre 1905.

BROOKS. — A emplex case of multiple cysts of the liver. *Proc. of the New-York path Soc.*, 1905.)

IKONIKOW. — Zur kasustik der Wohren icht parasitiren.

THIROLOIX et DEBRÉ. — Dilatation bronchique expérimentale. — *Soc. Médicale des Hôpitaux*, mai, 1908.

REICHMANN. — Un cas d'anévrysme de l'artère hépatique avec formations kystiques dans le foie. (*Virchows Arch. für pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische medeciz fasc. 1*, 6 octobre 1908.)

HOBERER. — Zur fage der nichtparasitoeren Leberzysten *Wiener Klinische Wochenschrift* n° 51, page 1788, 23 décembre 1909.

MERLE (Pierre). — Foie tuberculeux kystique. — *Arch. de Médecine Expérimentale*, mai 1909.

FIRMO FIESCHI. — Un cas de kyste non hydatique du

- foie traité chirurgicalement. — *La Clínica quirúrgica*, t. XVII, n° 8, pp. 1467 à 1481, 1909.
- GUENOT. — Noyaux cancéreux secondaires et kyste du foie. — *Sté Anatomique de Paris*, 4 juin 1909.
- WEISHOUP. — Contribution à l'étude de gros kystes multiloculaires du foie et de leur diagnostic différentiel d'avec les tumeurs ovariennes. — *Zeitschrift für Geburtshulpe und Gynœkologie*, t. LXV, f. 1, 1909.
- RIBAS. — Maladie kystique du foie. — *Annale de Médecine*, t. IV, n° 9, 25 septembre 1910.
- VERGER et CHARRIER. — Kystes multiples du foie. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 41, p. 663, 9 octobre 1910.
- TISSIER, GARSAX et LEGRAND. — Foie kystique dans une hernie embryonnaire opéré 1 h. 1/2 après la naissance.
- COENEN. — Sur la maladie polykystique des reins, du foie et de la rate et sur sa pathogénie. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 4, 23 janvier 1911.
- APERT. — Foie polykystique, 1911.
- LETULLE. — Foie à lobes flottants, kystes multiples du foie, kystes des reins, œdème de la thyroïde. — *Sté Anatomique*, 26 mai 1911. — Kystes congénitaux du cerveau et du foie. Fibromes

perlés des reins (fibromes des pyramides de Malpighi). — Sté Anatomique de Paris, 12 mai 1911.

R. SOND et L. MAYER. — Transformation de la vésicule biliaire toute entière en un kyste papillifère. *Arch. de Médecine expérimentale et d'Anatomie Pathologique*, n° 5, pp. 523-528. — *Analyse Journal de Chirurgie*, t. II, pp. 565-566, 1911.

VORPOHL. — Foie kystique et reins kystiques. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 49, 7 décembre 1911.

ROSENSTEIN. — Moscou. — Un cas de kyste non parasitaire du foie. — Communication à la Société des Chirurgiens K de Moscou, 27 février 1912.

APERT et LEBLANC. — Foie polykystique. — Sté Anatomique de Paris, pp. 39-40, 1912.

GREEN. — Kyste du foi. — *The Boston Medical and Surgical Journal*, n° 7, 15 février 1912.

SHUKOWSKY. — Sur les kystes hépatiques de l'enfance : un cas de lymphangiome congénital du foie. — *Archiv. für Kinderheilkunde*, t. L, 1909.

GAND. — Kyste pédiculé du foie. — Sté Anatomique de Paris, 28 janvier 1910.

PLENK. — Contribution à l'étude des kystes solitaires du foie. — *Virchow Archiv für pathologische*

- Anatomie und Physiologie und fur Klinische Medezin, t. CCL, n° 3, 1910.
- CATTON et BURGESS. — Kyste du foie, un cas rare. — *The Boston medical and Chirurgical Journal*, n° 7, février 1912.
- LE GENDRE et GARSAX. — Kyste du foie en nombre considérable avec réaction de fixation négative. Dégénérescence kystique avec tuberculose des reins et de la vessie. — *Sté Médicale des Hôpitaux*, n° 8, p. 246, 7 mars 1912.
- BONNET et LATHOND. — Un cas d'œdème généralisé du fœtus co-existant avec une maladie polykystique des reins et du foie. — *Bulletin de la Réunion Obstétricale et Gynécologique de Lyon*, t. I, n° 5, mai 1912.
- VORPOHL. — Sur un cas de foie et reins polykystiques congénitaux avec transforcation en kstes géants. — *Beitraege sur Pathologischen Anatomie und zur Allgemeinen Pathologie Iena*, fasc. 3, 10 août 1912.
- MUNK. — Un cas de guérison d'un kyste simple du foie. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 46, pp. 2174-2176, 11 novembre 1912. Analyse J. de Chirurgie, janvier 1913.
- NORRIS. — *Annals of Surgery*, 1913.
- SONNTOG (Leipzig). — Kyste solitaire non parasitaire du

foie. — Bertrage sur Klinischen Chirurgie, septembre 1913.

GREGORIEFF (Saint-Pétersbourg). — *Vratchebnaïa Gaseta* 6. 9 octobre 1913.

BARD et LEMOINE. — De la maladie kystique essentielle des organes glandulaires avec angiome des appareils sécréteurs.

RENDU. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. III, p. 180.

GARSAUX. — *Thèse de Paris*, 1913.

LETULLE. — Dilatation kystique des voies biliaires. — *Presse Médicale* 1913, n° 21.

DUJARIER. — Tumeur kystique non-parasitaire sous-hépathique. — *Sté de Chirurgie* 1914, p. 444.

CHAUFFARD. — Maladie du foie.

Prof. VINCENT (Alger). — Maladie kystique du foie, 1921.

MARFAN et LEMAITRE. — Hygiène du nourrisson.

N. FIESSINGER et WALTHER. — L'exploration fonctionnelle du foie.

MARGARUCCI. — *Il policlinico*, 15 janvier 1923.

LAMBRET et DELANNOY. — Société de Médecine du Nord, février 1923.

PAVIOT et FAVRE. — *Sté de Biologie*, 1923.

SCHOOK (Pétrograd). — *Archiv. Klinique Chirurgicale*, t. CXXV, 1923.

COSTANTINI et DUBOUCHET. — Sté de Chirurgie, janvier 1923.

MAES (Nouvelle-Orléans). — *American Journal of Surgery*, mars 1924.

ROUSSY. — Anatomie Phalologique.

AUMONT (Versailles). — Sté de Chirurgie, 1924.

E. C. ALEXANDER (Dundee). — *Edimbourg Medical Journal*, février 1925.

L. WACHERLÉ (Innsbruck). — *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, vol. CCXII, fasc. 2, 1926.

FAVRE et BONAMOUR. — Sté de Bilogie, 1926.

GRENET et P. MATHIEU. — Sté de Pédiatrie, 20 décembre 1927.

A. MAC GLANNAN (Baltimore). — *Annl. of Surgery* LXXXV, n° 6, juin 1928.

Noël FIESSINGER et WALTHER. — Exploration de la fonction chromagogue du foie au cours des anesthésies et interventions chirurgicales. — Sté de Chirurgie, p. 346, 1928.

FAVRE et DECHAUME. — Adénome ou inflammation. Les reconstructions épithéliales dans l'inflammation chronique.

DELORE. — *Lyon Médical*, p. 489, 1928.

Noël FIESSINGER et CATTAN. — Sté Médicale des Hôpitaux, 19 juillet 1928.

STOMA. — *La Reforma Medica*, 27 juillet 1929.

ZENG, J. M. CID et D. COSNES. — Société de Chirurgie,
10 mars 1930.

Paul MATHIEU. — Sté de Chirurgie, 26 mars 1930.

COSTANTINI et BENHAMOU. — *Archives Maladies Appareil
Digestif*, 1930.

Mlle LEVY. — *Presse Médicale*, n° 8, janvier 1930.

ROUSSY et OBERLING. — Les tumeurs angiomoteuses des
centres verveux. — *Presse Médicale* n° 11,
5 février 1930.

